

Leitlinienreport zur S3-Leitlinie Perioperatives Management bei gastrointestinalen Tumoren (POMGAT)

Version 1.0 – November 2023

AWMF-Registernummer: 088-0100L

Leitlinienreport

Inhaltsverzeichnis

1.	Informationen zum Leitlinienreport	4
1.1.	Autoren des Leitlinienreports	4
1.2.	Herausgeber	4
1.3.	Federführende Fachgesellschaft(en) der Leitlinie.....	4
1.4.	Finanzierung der Leitlinie.....	4
1.5.	Kontakt.....	4
1.6.	Zitierweise des Leitlinienreports	4
1.7.	Weitere Dokumente zur Leitlinie.....	5
1.8.	Abkürzungsverzeichnis.....	5
2.	Geltungsbereich und Zweck der Leitlinie	6
3.	Zusammensetzung der Leitliniengruppe	6
4.	Fragestellungen und Gliederung	6
5.	Methodisches Vorgehen	9
5.1.	Leitlinienadaptation	9
5.2.	Systematische Recherchen	10
5.2.1.	Literaturrecherche.....	10
5.2.2.	Literatúrauswahl	11
5.2.3.	Qualitative Bewertung der eingeschlossenen Publikationen	11
5.3.	Schema der Evidenzklassifikation	11
5.4.	Formulierung der Empfehlungen und formale Konsensusfindung.....	12
5.4.1.	Schema der Empfehlungsgraduierung	12
5.4.2.	Festlegung des Empfehlungsgrades	13
5.4.3.	Formale Konsensusverfahren und Konsensuskonferenz	15
6.	Ableitung der Qualitätsindikatoren	16
6.1.	Bestandsaufnahme.....	16

6.2.	Vorbereitung 1. Online-Sitzung (Erstellung einer Primärliste potentieller Qualitätsindikatoren)	16
6.3.	1. Online-Sitzung (Diskussion und primäre Sichtung)	16
6.4.	Bewertung	17
6.5.	2. Online-Sitzung	19
7.	Reviewverfahren und Verabschiedung.....	19
8.	Unabhängigkeit und Umgang mit Interessenkonflikten	25
9.	Anlagen.....	26
9.1.	Ergebnisse der Interessenkonflikterklärungen	26
9.2.	Recherche nach nationalen und internationalen Qualitätsindikatoren zum perioperativen Management bei gastrointestinalen Tumoren (POMGAT).....	62
9.2.1.	Rechercheauftrag	62
9.2.2.	Recherchestrategien.....	63
9.3.	Rechercheergebnisse	65
9.3.1.	Bibliographische Datenbanken	65
9.3.2.	Internationale Qualitätsindikatoren / Webseitensuche.....	76
10.	Abbildungsverzeichnis	79
11.	Tabellenverzeichnis	79
12.	Literaturverzeichnis	80

1. Informationen zum Leitlinienreport

1.1. Autoren des Leitlinienreports

Maria A Willis¹, Stefan Post², Tim O Vilz¹

- 1) Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Bonn, Deutschland.
- 2) Ehemals Chirurgische Klinik, Universitätsklinikum Mannheim, Mannheim, Deutschland

1.2. Herausgeber

Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) und Stiftung Deutsche Krebshilfe (DKH).

1.3. Federführende Fachgesellschaft(en) der Leitlinie



Deutsche Gesellschaft für Allgemein- u. Viszeralchirurgie (DGAV)



Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie (DGK)

1.4. Finanzierung der Leitlinie

Diese Leitlinie wurde von der Deutschen Krebshilfe im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie gefördert.

1.5. Kontakt

Office Leitlinienprogramm Onkologie
c/o Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin

leitlinienprogramm@krebsgesellschaft.de

www.leitlinienprogramm-onkologie.de

1.6. Zitierweise des Leitlinienreports

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Perioperatives Management bei gastrointestinalen Tumoren (POMGAT), Leitlinienreport 1.0, 2023, AWMF-Registernummer: 088-0100L, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/perioperatives-management-bei-gastrointestinalen-tumoren-pomgat/>, (Zugriff am TT.MM.JJJJ)

1.7. Weitere Dokumente zur Leitlinie

Die Leitlinie liegt als Lang- und Kurzversion vor. Außerdem wird eine Patientenleitlinie (Laienversion der Leitlinie) erstellt. Alle Dokumente zur Leitlinie sind über die folgenden Seiten zugänglich:

- Leitlinienprogramm Onkologie (<https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/perioperatives-management-bei-gastrointestinalen-tumoren-pomgat/>)
- AWMF (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/088-0100L>)
- Guidelines International Network (<http://g-i-n.net>)

Die Leitlinie wird außerdem in der App des Leitlinienprogramms Onkologie abrufbar sein. Weitere Informationen unter: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/app/>

1.8. Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
DKH	Deutsche Krebshilfe e. V.
EtD	Evidence to Decision
KI	Konfidenzintervall
MD	Mean Difference (mittlere Differenz)
mPOM	multimodales perioperatives Managementkonzept
NSAR	Nicht steroidale Antirheumatika
OL	Leitlinienprogramm Onkologie
OR	Odds Ratio
RCT	Randomized controlled trial (randomisierte kontrollierte Studie)
RoB 2	Cochrane Risk of Bias 2 Tool
RR	Risk Ratio
SMD	Standardized mean difference (standardisierte mittlere Differenz)
SoF	Summary of Findings
SR	Systematischer Review

2. Geltungsbereich und Zweck der Leitlinie

Die Ziele der S3-Leitlinie, die Adressaten sowie Angaben zur Gültigkeit und zum Aktualisierungsverfahren sind in der Langversion der Leitlinie beschrieben.

3. Zusammensetzung der Leitliniengruppe

Die Leitliniengruppe war multidisziplinär und multiprofessionell unter direkter Beteiligung von Patientenvertretern zusammengesetzt. Alle beteiligten Personen und Organisationen, die an der Erstellung der Leitlinie beteiligt waren, sind in der Langversion aufgeführt.

4. Fragestellungen und Gliederung

AG	Fragestellung	SR	LA	EK
1	Perioperative Verabreichung kardial wirksamer Medikamente			
	· Betablocker			X
	· Nitrate			X
	· Kalzium-Antagonisten			X
	· Statine			X
	· ACE-Hemmer/Angiotensin-Rezeptor-Antagonisten			X
	Präoperative und intraoperative Einmalgabe von Kortikosteroiden			X
	PONV-Prophylaxe			
	· Medikamentös	X		
	· Sonstige	X		
	Sedierende Prämedikation	X		
2	Prehabilitation	X		
	Patientenaufklärung und -beratung hinsichtlich perioperativer Maßnahmen/ Optimierungsmöglichkeiten			X
	Präoperative Beurteilung und Risikobewertung		X	
	Haarentfernung im Operationsgebiet			X
	Hautdesinfektion des OP-Felds		X	
3	Perioperative intravenöse Antibiotikaprophylaxe			X
	Präoperative Darmvorbereitung			
	· Kolorektale Chirurgie	X		
	· Nicht-kolorektale Chirurgie	X		X
	Perioperative selektive Dekontamination des Darms (SDD)			

AG	Fragestellung	SR	LA	EK
	<ul style="list-style-type: none"> · Oberer GI-Trakt · Unterer GI-Trakt · Hepatopankreatobiliär 	X X		X
4	<p>Intraoperative Einlage einer Drainage in das OP-Feld</p> <ul style="list-style-type: none"> · Ösophagusresektionen · Magenresektionen · Pankreasresektionen · Leberresektionen · Kolonresektionen · Rektumresektionen · Transanal (Rektum) 	X X X X X X		X
	<p>Intraoperative Testung der Anastomose</p> <ul style="list-style-type: none"> · Oberer GI-Trakt · Unterer GI-Trakt 	X		X
	<p>Routinemäßige postoperative Verwendung von Magensonden</p> <ul style="list-style-type: none"> · Ösophagusresektionen · Magenresektionen · Pankreasresektionen · Leberresektionen · Kolorektale Resektionen 	X X		X X X
	<p>Belassen des Blasenkatheters über die intraoperative Phase hinaus</p> <ul style="list-style-type: none"> · Kolorektale Resektionen · Nicht-kolorektale Resektionen 			X X
	Postoperative Mobilisation			X
	Postoperative Atemtherapie	X		
	Bauchbinde nach medianer Laparotomie	X		
5	<p>Postoperative Schmerztherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> · Systemische Schmerztherapie versus Epiduralanalgesie · Epiduralanalgesie versus periphere Regionalanalgiesieverfahren · Minimalinvasive kolorektale Chirurgie · Periphere Regionalanästhesieverfahren 	X X X X		
	<p>Prävention und Therapie postoperativer gastrointestinaler Motilitätsstörungen</p> <ul style="list-style-type: none"> · Pharmakologische Prävention und Therapie · Methylnaltrexon 	X		

5. Methodisches Vorgehen

5.1. Leitlinienadaptation

Eine initiale Suche nach thematisch verwandten Leitlinien erfolgte im August und September 2020 über das Guidelines International Network in Vorbereitung auf das Kick-off-Meeting der Leitlinie. Eine Update-Recherche wurde im März 2021 durchgeführt. Dabei wurden Suchbegriffe wie "perioperative management", "fast track surgery", "ERAS", "abdominal surgery" oder "gastrointestinal tumours" verwendet. Nach einem ersten Screening der Suchergebnisse durch die Leitlinienkoordination wurden 41 Titel in das Volltextscreening aufgenommen. Auf der Grundlage der in Tabelle 3 dargestellten Einschlusskriterien wurden 11 Leitlinien von mindestens zwei Mitgliedern des Koordinationsteams als potenziell einschussfähig eingestuft und daher den Arbeitsgruppen zur weiteren Bewertung zur Verfügung gestellt.

Tabelle 1: Einschlusskriterien für die Leitlinienadaptation im PICOS-Format

Einschlusskriterien für die Leitlinienadaptation im PICOS-Format	
Population	Die Leitlinie berücksichtigt Patienten, die eine chirurgische Therapie für einen gastrointestinalen Tumor erhalten.
Intervention	Die Leitlinie evaluiert Maßnahmen des perioperativen Managements. Berücksichtigt werden sowohl präoperative, intraoperative als auch postoperative Maßnahmen.
Outcome	Die in der Leitlinie untersuchten Maßnahmen und Outcomes wurden hinsichtlich der Einschlussfähigkeit nicht berücksichtigt.
Study	Die der Leitlinie zugrundeliegende Evidenz wird dargestellt und die Entstehung der Empfehlung ist nachvollziehbar. Beispielsweise liegt ein Methodenbericht zur entsprechenden Leitlinie vor.

Wurde für eine Fragestellung eine Leitlinienadaptation in Erwägung gezogen, wurde die methodische Qualität der entsprechenden Leitlinie(n) von zwei Arbeitsgruppenmitgliedern anhand von AGREE I (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II) bewertet.

Titel	Jahr der Veröffentlichung	Herausgeber	LA
Clinical Practice Guideline on Perioperative Care in Major Abdominal Surgery	2016	Ministry of Health, Social Services, and Equality, Spain	
Nausea and vomiting, Nation-wide guideline, Version: 4.0	2014	Integraal Krakercentrum Nederland (IKNL)	
Perioperative care in adults	2020	National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Great Britain	X

Titel	Jahr der Veröffentlichung	Herausgeber	LA
ERAS®Guidelines		Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations	
Guidelines for Perioperative Care for Liver Surgery	2022		
Guidelines for Perioperative Care for Pancreatoduodenectomy	2019		
Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery	2018		
Guidelines for Perioperative Care in Esophagectomy	2018		
Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery part 1: pathophysiological considerations	2015		
Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery, part 2: consensus statement for anaesthesia practice	2015		
Consensus guidelines for enhanced recovery after gastrectomy	2014		
Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection	2018	WHO	

5.2. Systematische Recherchen

Die systematische Literaturrecherche, der Screening-Prozess und die qualitative Bewertung der eingeschlossenen Publikationen werden im Folgenden kurz beschrieben. Weitere Informationen sind im Evidenzbericht dieser Leitlinie zu finden.

5.2.1. Literaturrecherche

Die Literaturrecherche erfolgte in MEDLINE via PubMed und in der Cochrane Library. Zunächst wurde nach systematischen Reviews (SR) gesucht, die Meta-Analysen von randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) enthalten. Anschließend wurde eine Suche nach RCTs durchgeführt, entweder als Update-Recherche nach RCTs, die nach dem Basis-Review veröffentlicht wurden, oder, falls kein hochwertiger Review gefunden werden konnte, um eine eigene Meta-Analyse durchzuführen.

5.2.2. Literatúrauswahl

Das Titel- und Abstract-Screening wurde mit Hilfe des Online-Screening-Tools Rayyan unabhängig voneinander von zwei Mitgliedern des Koordinationsteams durchgeführt. Durch einen dritten Reviewer wurden etwaige Unstimmigkeiten geklärt. Nach Beschaffung der Volltexte, die im Titel-/Abstract-Screening als relevant eingestuft wurden, wurden diese den Arbeitsgruppen zum Volltextscreening zur Verfügung gestellt. Von zwei unabhängigen Arbeitsgruppenmitgliedern wurde dann anhand der vorab festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien eine Vorauswahl der systematischen Reviews und RCTs getroffen, auf die sich die Beantwortung einer Leitlinienfrage stützen konnte. Unstimmigkeiten wurden durch Diskussion und ggf. Rücksprache mit dem für die Arbeitsgruppe zuständigen Leitlinienkoordinator geklärt.

5.2.3. Qualitative Bewertung der eingeschlossenen Publikationen

Systematische Reviews, die die Einschlusskriterien erfüllten, wurden von der Arbeitsgruppe nach [AMSTAR 2](#) bewertet [1].

Die Bewertung von RCTs erfolgte mit dem Cochrane Risk of Bias 2 Tool (RoB2), wobei die Bewertung für jedes der vordefinierten Outcomes einzeln durchgeführt wurde [2, 3].

5.3. Schema der Evidenzklassifikation

Für die Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wurde der GRADE-Ansatz verwendet. Dieser bietet ein konsistentes und transparentes System mit klar definierten Kriterien zur Bewertung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz je Endpunkt [4, 5]. Die folgenden Kriterien wurden bei der Bewertung der Evidenz berücksichtigt, wobei die ersten fünf zu einer möglichen Herabstufung des Vertrauens in die Evidenz führen, während die letzten drei das Vertrauen potenziell erhöhen können:

- Bias-Risiko (Verzerrungsrisiko)
- Inkonsistenz
- Indirektheit
- Unzureichende Präzision der geschätzten Effekte
- Hinweis auf Publikationsbias
- Nachweis eines besonders großen Effekts
- Nachweis einer Dosis-Wirkungs-Beziehung
- Vorhandensein plausibler Confounder oder anderer Verzerrungen

Diese Bewertung führt zu einer Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz, die in einem vierstufigen System ausgedrückt wird (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Grade des Vertrauens in die Evidenz gemäß GRADE

Symbol	Vertrauenswürdigkeit	Interpretation
⊕⊕⊕⊕	Hoch	Wir sind sehr sicher, dass der wahre Effekt nahe bei dem Effektschätzer liegt.
⊕⊕⊕○	Moderat	Wir haben mäßig viel Vertrauen in den Effektschätzer: Der wahre Effekt ist wahrscheinlich nahe bei dem Effektschätzer, aber es besteht die Möglichkeit, dass er relevant verschieden ist.
⊕⊕○○	Gering	Unser Vertrauen in den Effektschätzer ist begrenzt: Der wahre Effekt kann durchaus relevant verschieden vom Effektschätzer sein.
⊕○○○	Sehr gering	Wir haben nur sehr wenig Vertrauen in den Effektschätzer: Der wahre Effekt ist wahrscheinlich relevant verschieden vom Effektschätzer.

5.4. Formulierung der Empfehlungen und formale Konsensusfindung

5.4.1. Schema der Empfehlungsgraduierung

In der Leitlinie wird zu allen Empfehlungen zusätzlich die Stärke der Empfehlung (Empfehlungsgrad) ausgewiesen. Hinsichtlich der Stärke der Empfehlung werden in der Leitlinie drei Empfehlungsgrade unterschieden (siehe Tabelle 3), die sich auch in der Formulierung der Empfehlungen jeweils widerspiegeln.

Tabelle 3: verwendete Empfehlungsgrade

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Ausdrucksweise
A	Starke Empfehlung	soll
B	Empfehlung	sollte
0	Empfehlung offen	kann

5.4.2. Festlegung des Empfehlungsgrades

Grundsätzlich erfolgte eine Anlehnung der evidenzbasierten Empfehlungen hinsichtlich ihres Empfehlungsgrades an die Stärke der verfügbaren Evidenz (siehe Abbildung 1), d.h. ein hoher Evidenzgrad (z.B. Metaanalysen/systematische Übersichten von RCTs oder mehrere methodisch hochwertige RCTs), d.h. eine hohen Sicherheit bzgl. der Ergebnisse soll in der Regel auch zu einer starken Empfehlung (Empfehlungsgrad A, „soll“) führen.

Zusätzlich wurden weitere Kriterien bei der Wahl des Empfehlungsgrades berücksichtigt. Diese folgenden berücksichtigten Kriterien konnten zu einem Abweichen der Empfehlungsstärke nach oben oder unten führen:

- **Konsistenz** der Studienergebnisse

Bsp.: Die Effektschätzer der Studienergebnisse gehen in unterschiedliche Richtungen und zeigen keine einheitliche Tendenz.

- **Klinische Relevanz** der Endpunkte und Effektstärken

Bsp.: Es liegen zwar Studien mit Ergebnissen in eine Richtung vor, jedoch wird die Bedeutung der gewählten Endpunkte und/oder Effektstärken als nicht relevant eingeschätzt.

- **Nutzen-Risiko-Verhältnis**

Bsp.: Dem nachgewiesenen Nutzen einer Intervention steht ein relevanter Schadensaspekt gegenüber, der gegen eine uneingeschränkte Empfehlung spricht.

- **Ethische Verpflichtungen**

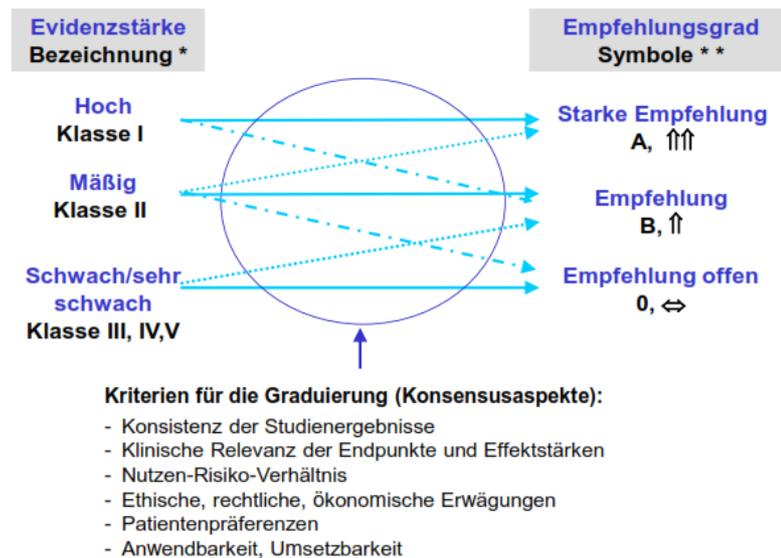
Bsp.: Downgrading: Aus ethischen Gründen kann eine Intervention mit nachgewiesenem Nutzen nicht uneingeschränkt angeboten werden. Upgrading: Starke Empfehlung auf Basis von z.B. Fall-Kontroll-Studien, da aus ethischen Gründen ein RCT nicht durchführbar ist.

- **Patientenpräferenzen**

Bsp.: Eine Intervention mit nachgewiesenem Nutzen wird nicht stark empfohlen, da sie von den Patienten als belastend oder nicht praktikabel abgelehnt wird.

- **Anwendbarkeit, Umsetzbarkeit in der Versorgung**

Bsp.: Eine Intervention mit nachgewiesenen positiven Effekten kann nicht empfohlen werden, weil sie im regionalen Versorgungssystem aus strukturellen Gründen nicht angeboten werden kann.



*: blau = Evidenzstärke nach GRADE bzgl. des gesamten ‚body of evidence‘, schwarz = Evidenzklassifikation bzgl. Einzelstudien, z.B. nach Oxford;

** : Empfehlungsgraduierung im Programm für Nationale Versorgungsleitlinien. Die Empfehlungen werden nach Möglichkeit analog formuliert: Starke Empfehlung: „soll“; (abgeschwächte) Empfehlung: „sollte“; Negativ-Empfehlungen werden entweder rein sprachlich ausgedrückt („nicht“ / „kann verzichtet werden“) bei gleichen Symbolen oder sprachlich mit zusätzlich nach unten gerichteten Pfeilen; Offene Empfehlungen drücken eine Handlungsoption in Unsicherheit aus („kann erwogen werden“ / „kann verzichtet werden“).

Quelle: modifiziert AWMF-Regelwerk [6]

Abbildung 1: Schema zur Darstellung der Kriteriengestützten Entscheidungsprozesse bei der Wahl des Empfehlungsgrades.

5.4.3. Formale Konsensusverfahren und Konsensuskonferenz

Die Konsentierung sowohl der evidenz- als auch der konsensbasierten Empfehlungen erfolgte im Rahmen einer strukturierten Konsensuskonferenz (10.10.2022 in Bonn sowie 29.11.2022 Online). Bereits vorab wurden in einer Online-Vorabstimmung die aus den Arbeitsgruppen stammenden Entwürfe für die Empfehlungen abgestimmt. Dieses Vorgehen diente der vorbereitenden Auseinandersetzung mit den Inhalten der Empfehlungen und der Offenlegung von Dissens hinsichtlich spezifischer Empfehlungen und somit vermehrtem Diskussionsbedarf. Darüber hinaus wurden hierbei bereits alternative Formulierungen und/oder Empfehlungsstärken gesammelt. Empfehlungen, für die bereits während der Vorabstimmung eine Zustimmung von 95% oder mehr vorlag und zu denen keine inhaltlich relevanten Kommentare abgegeben wurden, wurden während der Konsensuskonferenzen nicht erneut konsentiert.

Im Rahmen der Konsensuskonferenz waren alle von den Fachgesellschaften mandatierten Mitglieder der repräsentativen Leitliniengruppe stimmberechtigt, ggf. mit Einschränkungen des Stimmrechts unter Berücksichtigung der vorliegenden Interessenkonflikte. Im Rahmen der strukturierten Konsensusfindung erfolgte durch die Arbeitsgruppen bei evidenzbasierten Fragen zunächst eine Darlegung der Evidenzlage bzw. bei konsensbasierten Fragen eine Darstellung der in den Arbeitsgruppen vorbereiteten Empfehlungen und des Hintergrunds mit anschließender Diskussion. Entsprechende Kommentare oder abweichende Vorschläge wurden notiert. Nach Reihendiskussion, Vorabstimmung und Diskussion erfolgte die endgültige Abstimmung. Die Moderation der Konsensuskonferenz erfolgte durch Dr. Monika Nothacker (AWMF) und Dr. Markus Follmann (DKG). Die Abstimmung sowie die Auswertung der Ergebnisse erfolgten durch die VEVOX App unter Anleitung und Aufsicht von Herrn Gregor Wenzel (DKG). Für alle zu konsentierenden Empfehlungen wurde ein starker Konsens (>95% Zustimmung) oder Konsens (>75 – 95% der Stimmberechtigten) angestrebt. Festlegungen hinsichtlich der Konsensstärke sind in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 4: Festlegungen hinsichtlich der Konsensstärke

Konsensstärke	Prozentuale Zustimmung
Starker Konsens	> 95% der Stimmberechtigten
Konsens	>75 – 95% der Stimmberechtigten
Mehrheitliche Zustimmung	50 – 75% der Stimmberechtigten
keine mehrheitliche Zustimmung	<50% der Stimmberechtigten

6. Ableitung der Qualitätsindikatoren

Im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie werden Qualitätsindikatoren in einem standardisierten Prozess aus den Empfehlungen der Leitlinien abgeleitet. Die detaillierte Beschreibung der Methodik findet sich auf der Homepage des Leitlinienprogramms Onkologie [7].

Die Generierung der neuen Qualitätsindikatoren wurde in folgenden Schritten durchgeführt.

6.1. Bestandsaufnahme

Bei der Suche nach bereits definierten internationalen und nationalen Qualitätsindikatoren außerhalb des OL-Verfahrens erfolgte eine Einschränkung des Suchzeitraums auf die Zeit vom 22.12.2012 bis zum 22.12.2022. Es erfolgte eine Einschränkung auf die Sprachen Deutsch und Englisch.

Die Suche wurde in folgenden Quellen durchgeführt:

Literaturdatenbanken:

- PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/advanced>
- Cochrane: <https://www.cochranelibrary.com/advanced-search>
- Webseiten zweier internationaler Agenturen im Bereich medizinische Qualitätssicherung/ Qualitätsmessung/ Qualitätsindikatoren

Recherchestrategie und -vokabular richten sich nach den Möglichkeiten der jeweiligen Recherchequelle. Sie wurden entsprechend modifiziert und sind mit den internationalen Qualitätsindikatoren im Kapitel dargelegt.

6.2. Vorbereitung 1. Online-Sitzung (Erstellung einer Primärliste potentieller Qualitätsindikatoren)

Soweit möglich, wurden im Vorfeld der ersten Online-Sitzung (siehe 6.3) aus starken Empfehlungen (n= 22) potentielle Indikatoren mit Definition von Zähler und Nenner abgeleitet. Diese Liste wurde den Mitgliedern der Arbeitsgruppe im Vorfeld des Anwesenheitstreffens zugesandt. Zugleich wurde eine internationale Recherche beauftragt.

6.3. 1. Online-Sitzung (Diskussion und primäre Sichtung)

Die Sitzung der Arbeitsgruppe Qualitätsindikatoren (AG QI), die aus Mitgliedern der Leitliniengruppe und Vertretern der klinischen Krebsregister, des Zertifizierungssystems, der AWMF und des onkologischen Leitlinienprogramms (OL) bestand, fand am 21.02.2023 statt. In dem Treffen wurde den Teilnehmern zunächst der Prozessablauf der Erstellung von Qualitätsindikatoren sowie das Bewertungsinstrument des OL erläutert.

Darüber hinaus wurde die unter 1.2 generierte Zusammenstellung aus den weiteren starken Empfehlungen der Leitlinie diskutiert und entschieden, ob aus der jeweiligen Empfehlung ein potentieller Qualitätsindikator generiert werden könne. Folgende Ausschlusskriterien kamen dabei zur Anwendung:

Tabelle 5: Gründe für einen Ausschluss der Empfehlung aus der Liste der potentiellen Qualitätsindikatoren

Nr.	1	2	3	4
Begründung	Empfehlung ist nicht operationalisierbar (Messbarkeit nicht gegeben)	Fehlender Hinweis auf Verbesserungspotential	Fehlende Verständlichkeit u/o großer Erhebungsaufwand in Verhältnis zu Nutzen	Sonstiges (mit Freitexteingabe in Liste der Empfehlungen)

Außerdem wurden die Ergebnisse der internationalen QI-Recherche vorgestellt (siehe Kapitel 9.2.). Aus dieser ergaben sich keine weiteren Qualitätsindikatoren.

Auf Basis der neuen starken Empfehlungen der Leitlinie wurden 5 potenzielle neue QI identifiziert.

Weitere Ergebnisse der Online-Konferenz (21.02.2023):

Eingabe an Zertifizierungskommission der Darmkrebszentren: Aufnahme eines Kapitels in den Erhebungsbogen, der ein multimodales perioperatives Managementkonzept (mPOM) fordert (vgl. Empfehlung 8.5)

6.4. Bewertung

Die potentiellen Qualitätsindikatoren wurden mit dem Bewertungsinstrument des Leitlinienprogramms Onkologie durch die Mitglieder der AG QI bewertet. Jeweils mit dem unten abgebildeten Bogen erhielten die Bewertenden seitens der Krebsregister und des Zertifizierungssystems der DKG für den Indikatorvorschlag die Informationen zur Datenverfügbarkeit. Angenommen wird ein Qualitätsindikator, wenn mind. 75% der Teilnehmer die Kriterien 1,2,3 und 5 mit „Ja“ und das Kriterium 4 mit „Nein“ bewertet haben. Die Auswertung dieser Abstimmungen erfolgte durch einen Methodiker, der nicht am Qualitätsindikatoren-Entwicklungsprozess teilgenommen hatte.

Tabelle 6: Bewertungsinstrument des Leitlinienprogramms Onkologie

QI-Nr.	Möglicher Qualitätsindikator	Empfehlung	
1.	Z		
	N		
Information zur Datenverfügbarkeit (Stand 08/2022): [dies wird von den Registern und den Zentren ausgefüllt] Die Erfassung ist seitens der Klinischen Krebsregister über den einheitlichen Onkologischen Basisdatensatz und seiner Module gewährleistet: ja / nein Die Erfassung ist Teil des Zertifizierungssystems der DKG: ja / nein Ggf. welche Ergänzungen wären erforderlich?			
			Nein
			Ja
Kriterium: Der Qualitätsindikator erfasst für den Patienten relevante Verbesserungspotentiale.			
Kriterium: Der Indikator ist klar und eindeutig definiert.			
Kriterium: Der Qualitätsindikator bezieht sich auf einen Versorgungsaspekt, der von den Leistungserbringern beeinflusst werden kann.			
Kriterium: Gibt es Risiken zur Fehlsteuerung durch den Indikator, die nicht korrigierbar sind?			
Kriterium: Die Daten werden beim Leistungsbringer routinemäßig dokumentiert oder eine zusätzliche Erhebung erfordert einen vertretbaren Aufwand			

Zusätzlich bestand die Möglichkeit, zu den im Folgenden genannten Kriterien Kommentare abzugeben:

	Kommentar
Risikoadjustierung Können spezifische Merkmale von Patienten z.B. Alter, Komorbidität oder Schweregrad der Erkrankung die Ausprägung des QI beeinflussen?	
Implementierungsbarrieren Gibt es Implementierungsbarrieren, die es zu beachten gilt?	

6.5. 2. Online-Sitzung

Nach der schriftlichen Bewertung erfolgte am 14.03.2023 eine 2. moderierte Online-Sitzung, in der die Ergebnisse der Bewertung diskutiert wurden. Auf Basis der Bewertungen und der Diskussion wurde das finale Set von 4 Qualitätsindikatoren konsentiert.

Die Primärliste der potentiellen Qualitätsindikatoren inklusive der Ausschlussgründe, und die Ergebnisse der schriftlichen Bewertung sind auf Anfrage im Leitliniensekretariat oder Office des Leitlinienprogramms Onkologie erhältlich.

7. Reviewverfahren und Verabschiedung

Während der Entwicklungsphase der Leitlinie erfolgte eine kontinuierliche inhaltliche, methodische und redaktionelle Unterstützung und Betreuung der Arbeitsgruppen durch das Koordinatorenteam (Prof. Dr. Stefan Post, Prof. Dr. Tim Vilz, Dr. Maria Willis) sowie durch Vertreter der AWMF (Dr. Monika Nothacker) und des Leitlinienprogramms Onkologie (Dr. Markus Follmann, Dipl. Soz. Wiss. Thomas Langer). Nach Abschluss der Konsensusprozesse und der Endredaktion erfolgte eine letzte interne Revision.

Anschließend erfolgte die formale Verabschiedung durch die Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften sowie ein öffentliches Konsultationsverfahren für die vorläufige Langfassung, den Evidenzbericht und den Leitlinienreport. Zu diesem Zweck wurde die Konsultationsfassungen auf den Internetseiten des Leitlinienprogramms Onkologie und der AWMF veröffentlicht und konnte im Rahmen einer 6-wöchigen Konsultationsphase durch die (Fach)Öffentlichkeit kommentiert werden. Die Ergebnisse des Konsultationsprozesses sowie die Änderungen, die aufgrund etwaiger Stellungnahmen vorgenommen wurden, sind in der folgenden Tabelle aufgeführt:

Tabelle 7: Protokoll der Konsultation

Nr.	ID	Vorgeschlagene Änderung / Anmerkung	Handhabung / Antwort
1	1	<p>Gesamtkonzept multimodale Schmerztherapie postoperativ:</p> <p>Auffällig ist, dass der Begriff der "multimodalen Analgesie" in der gesamten LL gar nicht auftaucht obwohl state of the art und durch mannigfaltige Fachgesellschaften und Leitlinien lange empfohlener Standard.</p> <p>Beispiel PROSPECT Empfehlung zur offenen Leberchirurgie: https://rapm.bmj.com/content/46/5/433</p> <p>Beispiel S3- LL</p>	<p><i>Als allgemeine Antwort auf die folgenden aufgeführten Kommentare möchten wir Folgendes vorwegstellen: Die Leitlinie POMGAT hat sich durch die Generierung von PICO-Fragen mit speziellen Themen im Rahmen des perioperativen Managements bei gastrointestinalen Tumoren beschäftigt. Dies gilt auch für die speziellen Aspekte der perioperativen Schmerztherapie im Zusammenhang mit diesen Operationen. Für Aspekte der perioperativen Schmerztherapie, die bereits in der AWMF-S3- Leitlinie „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“ ausführlich Erwähnung finden (siehe diesen und auch den nächsten Punkt – Lidocain i.v. - aber auch viele weitere Aspekte, die von ID 1 jetzt hier gar nicht angemerkt worden sind), und hier vor allem alle Aspekte, die über die in den PICO Fragen adressierten Aspekte der POMGAT – LL hinausgehen, gelten selbstredend die Empfehlungen der AWMF-S3_LL „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“. Somit versteht sich die POMGAT Leitlinie hier als Spezifizierung von besonders wichtigen Empfehlungen im Rahmen von Operationen gastrointestinaler Tumore und als Ergänzung zu den Empfehlungen, die (vor allem im allgemeinen Teil) in der AWMF-S3_LL „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“ operations-unabhängig gelten. Diese Aspekte muss (und kann in diesem Umfang, vgl. S12 bis S118, AWMF-S3_LL „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“) die die POMGAT – LL nicht erneut aufgreifen.</i></p> <p><i>Wir haben deshalb in dem Kapitel Schmerztherapie in der POMGAT Leitlinie jetzt zwei Sätze einfürend vorweggestellt, die diesen Aspekt klären (vgl. S. 77).</i></p> <p><i>Spezielle Antwort auf die gestellte Frage:</i></p> <p><i>1. Zu allererst würden wir gerne betonen, dass korrekterweise das Wort „multimodale Schmerztherapie“ in Bezug auf die perioperative Schmerztherapie mit „balancierter Schmerztherapie“ ersetzt werden sollte</i></p>

Nr.	ID	Vorgeschlagene Änderung / Anmerkung	Handhabung / Antwort
			<p>(vgl AWMF-S3_LL „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“, Seite 60). Der Begriff multimodale Schmerztherapie wird im deutschen Sprachgebrauch nicht für die Akutschmerztherapie sondern für die Therapie chronischer Schmerzen verwendet, wenn sie interdisziplinär und nach bestimmten Kriterien durchgeführt wird.</p> <p>2. Die AWMF-S3_LL „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“ empfiehlt: „NOPA sollen zur Analgesie im Rahmen eines balancierten Analgesieregimes verabreicht werden“. Und ebenfalls empfohlen wird unter anderem : „NSAR, COX-2 Hemmer und Metamizol haben eine gleich gute Analgesiequalität und sollen dem schwächer wirksamen Paracetamol vorgezogen werden“. Weitere Empfehlung hierzu folgen. Ein entsprechender Absatz wurde im Abschnitt Vergleich „Epiduralanästhesie vs. systemische Schmerztherapie“, dennoch ergänzt.</p>
2	1	<p>Thema Systemisches Lidocain:</p> <p>Hier erscheint uns die Diskussion zur IV-Lidocain-Gabe insgesamt recht sparsam. Immerhin wäre der Hinweis auf die letzte Fassung der (noch dazu aus Deutschland stammenden) Cochrane-Analyse sinnvoll: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29864216/</p>	<p>Entsprechend unserer Ausführungen zur vorhergehenden Frage ist Lidocain i.v. nicht als PICO-Frage in der POMGAT Leitlinie behandelt worden. Wir würden deshalb hier auf die ausführliche Beantwortung der Frage des Einsatzes von Lidocain i.v. perioperativ auf die AWMF-S3-Leitlinie „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“ verweisen. Um hier ID 1 noch weiter entgegenzukommen haben wir im Abschnitt 7.4.1 auf Seite 87 ausführlicher bezüglich der Wirksamkeit von Lidocain Stellung bezogen und das Zitat zum Cochrane Review von Weibel et al ergänzt.</p>
3	1	<p>Thema Epiduralkatheter:</p> <p>Trotz einiger fehlender Aspekte (Datenlage zu Dosis, Kombination LA mit Opioid, Dosiermodus, Patientenkontrolliert vs. kontinuierlich vs. PIB etc.) ist die Darstellung ausgewogen und stellt die Vor- und Nachteile sowie die fehlenden Teile des Wissens aufgrund schlechter Studienlage gut dar.</p>	<p>In der S3 Leitlinie „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“ wurde die Empfehlung an die 2016 publizierten PROSPECT Empfehlungen adaptiert, diese bezogen sich ausschließlich auf offene kolorektalchirurgische Eingriffe, nicht stratifiziert nach benignen und malignen Indikationen. In der POMGAT Leitlinie wurde ein aktueller systematischer Review mit Metaanalyse durchgeführt (Daten sind zur Publikation eingereicht), hier wurden ausschließlich Studien mit viszeralonkologischen Operationen inkludiert, wie auch in den PICO Fragen</p>

Nr.	ID	Vorgeschlagene Änderung / Anmerkung	Handhabung / Antwort
		<p>Wir prophezeien Verwirrung, wenn in der gültigen S3-LL zur postoperativen Akutschmerztherapie (https://register.awmf.org/assets/guidelines/001-025I_S3_Behandlung-akuter-perioperativer-posttraumatischer-Schmerzen_2022-11.pdf) für die offene Kolorektalchirurgie der PDK gelegt werden SOLL, in der POMGAT-Empfehlung aber ein SOLLTE existiert.</p> <p>Hier sollte man, wenn man denn schon bei SOLLTE bleiben will (was man ja auch sicherlich begründen kann) erklärt werden, warum es diese gefühlte Diskrepanz zum SOLL der S3-LL gibt...</p>	<p><i>festgelegt. Somit handelt es sich um eine andere Kohorte. Weiterhin wurde nicht nach Organsystemen stratifiziert, so dass ein gemischtes Kollektiv aus Patienten nach Operationen am oberen GI Trakt, im hepatopankreatobiliären Bereich sowie am unteren GI Trakt ohne Stratifizierung untersucht wurde. Bei weiterhin bestehendem niedrigem bis sehr niedrigem Vertrauen in die Evidenz wurde sich daher für eine „Sollte-Empfehlung“, keine „Soll-Empfehlung“ ausgesprochen</i></p>
4	1	<p>Thema Epiduralanästhesie und Cancer Recurrence:</p> <p>Die Datenlage ist mittlerweile recht klar, dass die Epiduralanästhesie keinen Vorteil bzgl. Cancer Recurrence bringt. Das hätte man auch aus Gründen der Vollständigkeit zumindest anteilig darstellen können. Literatur z.B. unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35045154/#:~:text=The%20authors%20found%20no%20association,CI%2C%200.92%20to%201.10).</p> <p>Gerade in Sachen Nutzen/Risikoabwägung hilft dies den Klinikern sicherlich weiter.</p>	<p><i>Dies wurde im Hintergrundtext ergänzt. Allerdings handelt es sich bei der aufgeführten Arbeit um eine retrospektive Registeranalyse, die Patienten bis 2018 inkludiert hat. Die Aussagekraft der Studie ist daher methodisch bedingt begrenzt.</i></p>
5	1	<p>Thema „Vergleich periphere RA Techniken vs. Placebo/PDK</p> <p>Dieser Teil ist in Sachen Evidenz derzeit an vielen Stellen unklar.</p>	<p><i>Es ist richtig, dass eine Vielzahl von Methoden der peripheren Schmerztherapie „in einen Topf geworfen“ und gemeinsam ausgewertet wurden. Darauf wird auch im Hintergrundtext hingewiesen und es wird angegeben, welche Methoden in wie vielen der eingeschlossenen Studien verwendet wurden. Dies führt u.a. zu dem geringen bis sehr geringen Vertrauen in die Evidenz. Um dies deutlicher zu machen, haben wir im</i></p>

Nr.	ID	Vorgeschlagene Änderung / Anmerkung	Handhabung / Antwort
		<p>Jedoch erscheint uns wichtig, dass die durchgeführte MA zum Thema z.T. alle möglichen Arten von Blockaden in eine Gruppe wirft und dadurch etwaige Vor- und Nachteile der Einzelblockaden verwischen. Hier hätten wir uns in den Details mehr Erklärung gewünscht, die eigentliche „kann“-Empfehlung wird von unserer Seite mitgetragen, ein paar Probleme nochmals ausgeführt (Zusammenfassung der Mail einer Kollegin aus dem AK):</p> <p>a) Die EDA als kontinuierliches Verfahren mit PRA zu vergleichen, bei denen 4 von 9 Studien Wundinfiltrationen waren und die anderen überwiegend auch keine kontinuierlichen Verfahren ist etwas fragwürdig.</p> <p>b) Im Vergleich orale SMT und PRA steht „Der Effekt ist nur kurz anhaltend, deshalb wären Untersuchungen mit Katheterverfahren sinnvoll“. Also scheint hier der Vergleich auch nur mit SS-Verfahren gelaufen zu sein (außer der „Wundinfusion“?). Die Information kontinuierlich versus SS erscheint doch wesentlich und sollte eigentlich überall dort, wo die eingeschlossenen Blöcke stehen, ebenfalls notiert sein.</p> <p>c) Die PRA wird nur im Vergleich zum „Goldstandard“ EDA erwähnt und damit ebenbürtig betrachtet. Mir fehlt hier ein bisschen der Aspekt, dass bei Kontraindikationen gegen die EDA oder fehlender Einwilligung für eine EDA die PRA eine probate Alternative darstellt, falls der Patient darin einwilligt. Hier wäre ggf. auch die Option einer systemischen Lidocaingabe als Alternative (wenngleich mit mäßiger Evidenzsituation, vgl. Cochrane-Analyse) nochmals im Text zu erwähnen.</p>	<p><i>ersten Absatz des Hintergrundtextes unter Punkt 7.3.2 wie folgt ergänzt: „Die Unterschiedlichkeiten der eingeschlossenen Maßnahmen führen zu einer erheblichen Heterogenität; da für einzelne Verfahren nicht genügend Studien zur Verfügung standen, konnte im Rahmen der Metaanalyse keine direkteren Vergleiche einzelner PRA durchgeführt werden. Dies führte zu einer Herabstufung der Qualität der Evidenz und ist einer der Gründe für das nur geringe bis sehr geringe Vertrauen in die Evidenz ist.“</i></p> <p><i>Ad a) Der Einwand, dass wir ein kontinuierliches Verfahren (EA) mit nicht-kontinuierlichen peripheren Nervenblockaden vergleichen, ist berechtigt. Wir haben jedoch insbesondere die Wirkung innerhalb der ersten 24-48 Stunden postoperativ betrachtet. Da die untersuchten nicht kontinuierlichen Lokalanästhesieverfahren in den eingeschlossenen Studien eine gleichwertige analgetische Wirkung zu haben scheinen, ist davon auszugehen, dass der Einsatz von PRA als Katheterverfahren mindestens gleiche Ergebnisse liefern. Allerdings standen uns hierfür keine geeigneten Studien zur Verfügung. In der Forschungsfrage (die wir auf Ihre Anregung hin umformuliert haben, siehe ad c) weisen wir deshalb darauf hin, dass auch ein Vergleich mit kontinuierlichen peripheren Analgesieverfahren sinnvoll wäre.</i></p> <p><i>Ad b) Wir haben die Forschungsfrage unter Punkt 7.3.2 umformuliert, um Missverständnisse auszuräumen und noch einmal darauf hinzuweisen, dass kontinuierliche Verfahren natürlich eine längere Wirkungsdauer haben als nicht-kontinuierliche Einmalapplikationen: „Die Studienlage ist, aufgrund einer geringen Qualität und hohen Heterogenität der Studien, noch deutlich verbesserungswürdig. Der Effekt nicht kontinuierlicher Verfahren ist naturgemäß im Vergleich zu kontinuierlichen Verfahren nur kurz anhaltend, deshalb wären Untersuchungen mit Katheterverfahren zur peripheren Analgesie sinnvoll. Weitere Studien müssen klären, ob für bestimmte viszeralchirurgische Eingriffe spezifische Empfehlungen ausgesprochen werden müssen.“</i></p>

Nr.	ID	Vorgeschlagene Änderung / Anmerkung	Handhabung / Antwort
			<p><i>Ad c) Beruhend auf den Daten der Metaanalyse von Hamid et al kann anstelle der EA der TAP Block bei minimalinvasiven kolorektal-chirurgischen Eingriffen bei gleicher analgetischer Wirkung nach 24h sowie nach 48h unter Belastung bei moderatem Vertrauen in die Evidenz und besserem Nebenwirkungsprofil (moderates Vertrauen in die Evidenz) als sinnvolle Alternative zum PDK angesehen werden.</i></p> <p><i>Bezüglich der systemischen Lidocaingabe wurde der Hintergrundtext ergänzt (siehe Seite 88 in der Langversion) und der Cochrane-Review von Weibel et al. berücksichtigt. Da sich kein relevanter Effekt von i.v. - Lidocain zeigt bzw. das Vertrauen in die Evidenz gering bis sehr gering ist, wurde keine Empfehlung bezüglich einer Anwendung ausgesprochen.</i></p>
6	1	<p>Sonstige:</p> <p>Dexmedetomidin (S. 93ff). Die zitierte Subgruppe der SPICE-III-Studie bezieht sich auf Nicht-operative kritisch kranke Patienten. Daraus abzuleiten, dass das Kollektiv, das von der vorliegenden LL abgedeckt wird, hier „at risk“ ist, bleibt uns unklar. Genau die gegenteilige Einordnung wäre wissenschaftlich naheliegender (der nachteilige Effekt zeigte sich bei älteren, postoperativen Intensivpatienten nicht!).</p>	<p><i>Dieses Kapitel wurde intensiv im Rahmen der Konsensuskonferenz diskutiert. Initial wurde von Seiten der Arbeitsgruppe, die sich mit der Prophylaxe und Therapie des postoperativen Ileus (POI) beschäftigte, eine „Sollte-Empfehlung“ bezüglich einer Gabe von Dexmedetomidin zur Behandlung eines POI formuliert. Nach ausführlicher Diskussion, in der auch die Unterschiede im Kollektiv zwischen den in der POMGAT Leitlinie berücksichtigten Patienten und der Risikogruppe der SPICE III Analyse formuliert und diskutiert wurden, hat sich die Leitliniengruppe auch in Anbetracht des Nutzen-Risikos bei einer selbstlimitierenden Erkrankung gegen eine Evidenz-basierte Empfehlung ausgesprochen. Stattdessen wurde ein Statement sowie eine Forschungsfrage zum Thema formuliert.</i></p>

8. Unabhängigkeit und Umgang mit Interessenkonflikten

Alle an der Erstellung der Leitlinie beteiligten Personen haben zu Beginn oder spätestens während des Leitlinienprozesses eine schriftliche Erklärung zu eventuell bestehenden Interessenkonflikten über die dafür vorgesehene Online-Plattform der AWMF abgegeben. Diese wurden vor der Konsensuskonferenz im Oktober nochmals aktualisiert.

Die Bewertung der Interessenkonflikte aller an der Leitlinienentwicklung Beteiligten erfolgte durch eine Arbeitsgruppe bestehend aus Professor Dr. med. Stefan Post, Professor Dr. med. Tim Vilz sowie Dr. med. Maria Willis gemeinsam mit der DKG (Dr. med Markus Follmann).

Eine Übersicht über die Interessenkonflikte der beteiligten Personen und die sich daraus ergebenden Konsequenzen findet sich in Anhang (Tabelle 9).

Der Umgang mit Interessenkonflikten erfolgte gemäß dem AWMF-Regelwerk:

Um die größtmögliche Vertrauenswürdigkeit der Leitlinienempfehlungen zu gewährleisten, wurde darauf geachtet, dass die Koordinatoren des Leitlinienprojekts keine thematisch relevanten Interessenkonflikte haben.

Mitglieder der Leitliniengruppe mit geringen Interessenkonflikten (z. B. Erhalt von Drittmitteln aus der Industrie für Vorträge oder Autorenschaft) durften keine Führungsrolle übernehmen, wie z. B. den alleinigen Vorsitz einer Arbeitsgruppe oder die Hauptverantwortung für die Evidenzaufbereitung zu einer Fragestellung. Eine Führungsrolle durfte übernommen werden, sofern eine zweite Person ohne jeglichen Interessenkonflikt zusätzlich an der Leitung der Arbeitsgruppe beteiligt ist.

Mitglieder der Leitliniengruppe mit moderaten Interessenkonflikten (Beirats- oder Beratertätigkeiten sowie Erhalt von Drittmitteln aus der Industrie in verantwortlicher Position) dürfen nur als beratende, nicht stimmberechtigte Experten an der Konsensbildung teilnehmen.

Personen mit hohen Interessenkonflikten (Eigentümerinteresse) durften nicht an den Beratungen der Leitliniengruppe teilnehmen, konnten aber auf Wunsch ihr Wissen in Form von schriftlichen Kommentaren einbringen.

Die externe, unabhängige Moderation des formalen Konsensfindungsprozesses sowie die interdisziplinäre Erarbeitung der Leitlinie und deren öffentliche/fachliche Überprüfung in der Konsultationsphase sind weitere Aspekte, die eine unerwünschte Beeinflussung durch Interessenkonflikte reduzieren und das Vertrauen in die ausgesprochenen Empfehlungen stärken sollen.

9. Anlagen

9.1. Ergebnisse der Interessenkonflikterklärungen

Tabelle 8: Ergebnisse der Interessenkonflikterklärungen

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
PD Dr. Andresen, Viola	Nein	Shionogi, Kyowa Kirin, Hexal, 4M-Medical	Ferring, Sanofi (früher Boehringer), Hexal, Shionogi, Kyowa Kirin	Nein	Synformula (früher FGP-Pharma)	Nein	<p>Mitglied: Mitglied in folgenden Fachgesellschaften:</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Mobilität Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin</p> <p>, Wissenschaftliche Tätigkeit: Epidemiologie, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie von Gastrointetsinalen Motilitäts- und Funktionsstörungen Palliativmedizin Ernährungsmedizin, Wissenschaftliche Tätigkeit: Epidemiologie, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie von Gastrointetsinalen Motilitäts- und</p>	gering, keine Einschränkungen

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Funktionsstörungen Palliativmedizin Ernährungsmedizin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leitlinien-Koordinatorin DGVS/DGNM/AWMF-S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom DGVS/DGNM/AWMF-S2-Leitlinie chronische Obstipation	
Professor Dr. Arnold, Dirk	Nein	Astra Zeneca, Amgen, Bayer, Bristol Meyer Squibb, Boston Scientific, Eli Lilly, Merck Sharp Dome, Merck Serono, Roche, Sanofi Genzyme, Servier, Sirtex, Terumo, Oncolytics	Amgen, Astra Zeneca, Bayer, Bristol Myer Squibb, Boston Scientific, Merck Serono, Roche, Sanofi Genzyme, Servier, Sirtex, Terumo	Astra Zeneca, Roche	Oncolytics	Nein	Mitglied: ESMO: Guideline Committee Chair 2017-2019 Executive Board bis 2018 , Mitglied: ECCO: Oncopolicy Sub-chair 2017-2018 U.a. Guidelines zu Versorgungsqualität / minimal requirements für CRC und Pankreas-Ca. , Mitglied: EORTC: AG, Gastrointestinale Tumoren, Chair TF Rectal/Anal Cancer, Mitglied: IRCI: International Rare Cancer Initiative: Co-Chair Mets. Anal Cancer Group, Wissenschaftliche Tätigkeit: Gastrointestinale Tumoren, multimodale Therapie, Guidelines , Wissenschaftliche Tätigkeit: Organisation eines Tumornetzwerks / klinisches Krebszentrum	gering, keine Einschränkungen

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Klinische Onkologie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: European School of Oncology: Ausbildungszentrum ESMO Scholarship Zentrum	
Professor Dr. Benz, Stefan Rolf	Nein	Nein	Fa. Ethicon	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft deutscher DKG-zertifizierter Darmkrebszentren, Wissenschaftliche Tätigkeit: Laparoskopische Kolonkarzinomchirurgie, Laparoskopische CME, Wissenschaftliche Tätigkeit: onkologische Viszeralchirurgie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leiter Lap-CME Gruppe, OP-Kurse	gering, keine Einschränkungen
Dr. Biesel, Esther	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)(Mitgliedschaft, keine spezielle Funktion), Wissenschaftliche Tätigkeit: klinische Forschung im Bereich Pankreas, peritoneale Malignome, Wissenschaftliche Tätigkeit: Peritoneale Malignome kolorektale Chirurgie	keine
Professor Dr. Bruns, Christiane	Medtronic	Consal, Medtronic, Editorial Board Excellence in Oncology bei promedicis GmbH,	Falk Symposium	Nein	ESSURE - Sirtex, ESOMAP - Intuitive, Medtronic, Rice-Studie - AstraZeneca,	keine	Mitglied: 1. Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) 2. Vereinigung der Bayerischen Chirurgen e.V. 3. International Society for	moderat, Enthaltung bei Empfehlungen zu Kapitel 4.3 Prähabilitation, 6.11 Intraoperative Einlage

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
		Update Chirurgie bei medUpdate			Holipanc-Studie - Shire		Diseases of the Esophagus (ISDE) 4. Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie (DGVC) 5. Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC) 6. Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) 7. American Association of Cancer Research (AACR) 8. American Society of Clinical Oncology (ASCO) 9. Executive Committee Member der International Society for Digestive Surgery (ISDS) 10. International Hepato-Pancreato-Billiary Association (IHPBA) 11. European Pancreatic Club, International Association of Pancreatology, Deutscher Pancreasclub 12. European Surgical Association (ESA) 13. European Society for Surgical Research 14. Chairman of the Research Committee der European Federation International Society for Digestive Surgery 15. Member of the Editorial Board of World Journal of Clinical Oncology (WJCO) 16. Herausgebermitglied der Zeitschrift Der Chirurg	einer Drainage in das OP-Feld - Ösophagusresektionen und 6.13 Intraoperative Einlage einer Drainage in das OP-Feld - Pankreasresektionen

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							17. Herausgebermitglied der Zeitschrift ♦Der Onkologe♦ 18. Member of the Editorial Board of the European Surgical Association (ESA) and Annals of Surgery 19. Member of the ESA-Council 20. Member of the European Society of Oncologic Imaging 21. Stellvertretende Präsidentin der Deutschen Akademie für Mikrotherapie (DAfMT) 22. Associate Editor für die Zeitschrift ♦Digestive Diseases♦ 23. Editorial Board of Oncology Research and Treatment , Wissenschaftliche Tätigkeit: onkologische Ösophaguschirurgie, onkologische Pankreaschirurgie, onkologische Magenchirurgie, Oligometastasierung, Wissenschaftliche Tätigkeit: onkologische Ösophaguschirurgie, onkologische Pankreaschirurgie, onkologische Magenchirurgie, Oligometastasierung, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: - Fit für den Facharzt der DGAV (Fachgesellschaft) - DGAV- und BDC-Kurse Pankreaschirurgie, Leberchirurgie, Ösophaguschirurgie,	

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Magenchirurgie, Schilddrüsenchirurgie, Endoskopie , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: - Gutachtenerstellung Mindestmengen beim Ösophaguskarzinom , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: - Gutachtenerstellung beim BMBF zu Covid-19 Impfstoffentwicklung , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Gutachtenerstellung bei der Krebshilfe (Nachwuchsförderung), Beteiligung an Fort-/Ausbildung: DFG-Senatstätigkeit, Persönliche Beziehung: keine	
Dr. Buia, Alexander	Nein	Nein	Aesculap Akademie Bochum, Aesculap Akademie	Nein	Nein	Nein	Mitglied: CAMIC der DGAV - erweiterter Vorstand , Wissenschaftliche Tätigkeit: Wissenschaftliche Tätigkeit: Versorgungsforschung in der klinischen Chirurgie am Krankenhaus der Schwerpunktversorgung Publikationen 2019-2022: Buia A, Post S, Buhr HJ, Hanisch E. Darmvorbereitung bei elektiven kolorektalen Resektionen in Deutschland 2017. Der Chirurg. 2019; Buia A, Hopf HB, Herrmann E, Schmandra T, Hanisch E. Septic shock: ECMO beyond ARDS? Introducing the Simon two-stage	gering, keine Einschränkungen

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							protocol when randomisation is considered unethical. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2020;28(1):22 A. Buia, S. Oguz, A. Lehn et al., 2D vs. 3D laparoscopy e Effect on postoperative complications and operation time in a propensity score-matched real-world data analysis, Asian Journal of Surgery, https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2022.06.002 , Wissenschaftliche Tätigkeit: Publikationen 2019-2022 Letztautor: Mueller EM, Herrmann E, Schmandra, Thomas, Hanisch E, Buia A. Report of a Quality Improvement Program for Reducing Postoperative Complications by Using a Surgical Risk Calculator in a Cohort of General Surgery Patients. World J Surg. 2020 Krauß M, Heinzl-Gutenbrunner M, Krönung L, Hanisch E, Buia A. Comparing large pore lightweight mesh versus small pore heavyweight mesh in open mesh plug repair of primary and recurrent unilateral inguinal hernia - A questionnaire study for a retrospective analysis of a cohort of elective groin hernia patients using . Int J Surg. 2020;75(August 2019):93-8	

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>Arabacioglu D, Lehn A, Herrmann E, Albers B, Hanisch E, Buia A. Evaluating a Clinical Pathway in Laparoscopic Cholecystectomy: Effective in Reducing Complications? A Propensity Score Matching Analysis. Visc Med. 2020;1-7</p> <p>Piroski V, Müller E, Herrmann E, Hanisch E, Buia A. Reducing Surgical Site Infection by Prophylactic Negative Pressure Wound Therapy in a Cohort of General Surgery Patients, Visc.Med. DOI: 10.1159/000520464,2021</p> <p>Suna K, Herrmann E, Kröger, K, Schmandra T, Müller E, Hanisch E, Buia A</p> <p>Graduated compression stockings in the prevention of postoperative pulmonary embolism. A propensity-matched retrospective case-control study of 24 273 patients Annals of Medicine and Surgery 56 (2020) 203-210</p> <p>, Wissenschaftliche Tätigkeit: Publikationen 2019-2022</p> <p>Coautor: Kern M, Buia A, Tonus C, Weigel TF, Dittmar R, Hanisch E, et al. Psychische Belastungen, Ressourcen und Wohlbefinden von Chirurgen in Deutschland.</p>	

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Der Chirurg. 2019; Niazi A, Jami A, Shams A, Mahmoodie A, Krapfl E, Falk S, Buia A, Hanisch E Establishing a breast cancer center in Herat, Afghanistan: an implementation study Global Health Journal 5 (2021) 204–208, DOI: 10.1016/j.glohj.2021.11.001 CHIR-Net SIGMA Study Group*1, and Andre´ L. Mihaljevic Multicenter Prospective Cohort Study of the Patient-Reported Outcome Measures PRO-CTCAE and CAT EORTC QLQ-C30 in Major Abdominal Cancer Surgery (PATRONUS): A Student - Initiated German Medical Audit (SIGMA) Study Ann Surg Oncol; https://doi.org/10.1245/s10434-021-09646-z , Wissenschaftliche Tätigkeit: Klolorektale Chirurgie, Minimal invasive Chirurgie	
PD Dr. Caspari, Reiner	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: AGORS (Vorstand/Mandatsträger) GRVS (Vorstand) Frauenselbsthilfe Krebs (Beirat) , Wissenschaftliche Tätigkeit: Erblicher Darmkrebs Ernährungstherapie, Wissenschaftliche Tätigkeit:	keine

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Onkologische Rehabilitation	
Professor Dr. Coburn, Mark	Air Liquide	Nein	Baxter, Draeger, Orion	Nein	BMBF	Nein	Mitglied: DGAI BDA ESAIC DNFV, Wissenschaftliche Tätigkeit: Anästhesiologie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Anästhesiologie	gering, keine Einschränkungen
Professor Dr. Eckmann, Christian	Nein	Nein	Landesgesundheitsamt Niedersachsen, ABS-Kurs DGKH, Pfizer	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGAV Leiter AG Viszeralchirurgische Infektionen, Mitglied: Paul-Ehrlich Gesellschaft Leiter AG intraabdominelle Infektionen, Wissenschaftliche Tätigkeit: Peritonitis Weichgewebeeinfektionen Wundinfektionen Antibiotic Stewardship, Wissenschaftliche Tätigkeit: Viszeral- und Thoraxchirurgie	gering, keine Einschränkungen
Professor Dr. Elsner, Bernhard	Nein	Nein	Nein	Nein	SRH Hochschule Heidelberg/SRH Holding	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft - Schriftführer, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation (DGNKN) - kooptiertes Vorstandsmitglied für die AG "akademisierte Therapeuten", Mandatsträger für die S3 LL "Schlaganfall" (DEGAM) sowie "S3 LL Neurologische Rehabilitation bei Koma und schwerer Bewusstseinsstörung im	gering, keine Einschränkungen

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Erwachsenenalter", Wissenschaftliche Tätigkeit: Effektivität von Physiotherapeutischen Interventionen in der neurologischen Reha, Wissenschaftliche Tätigkeit: Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsfachberufen, Wissenschaftliche Tätigkeit: Derzeit keine klinische Tätigkeit.	
Professor Dr. Fichtner-Feigl, Stefan	DFG; Dt. Krebsgesellsch aftEKFS	Nein	diverse Vorträge bei Kongressen und Symposium	Nein	Nein	nein	Mitglied: DGCH, DTG, ESOT, ACS, VBC, DGAV, ESA, Wissenschaftliche Tätigkeit: Tumorimmunologie, Tumorchirurgie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Onkologische Chirurgie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Durchführung nationaler und internationaler Kongresse, Persönliche Beziehung: nein	moderat, abwesend bei Konsensuskonferenzen
Dr. Follmann, Markus	Reviewer diverse Journals	nein	Vorträge zur Leitlinienmethodik AWMF, Studentenunterricht Masterstudien gang MSE Mainz	nein	nein	nein	Mitglied: Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, GRADE, Guidelines International Network, Wissenschaftliche Tätigkeit: Methodik EbM und Leitlinien, LL- basierte Qualitätsindikatoren; QS Zyklus in der Onkologie, Wissenschaftliche Tätigkeit: keine klinische Tätigkeit, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Referent bei Leitlinienmethodik WS des OL und	gering, keine Einschränkungen

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							AWMF Leitlinienberaterseminaren, Persönliche Beziehung: nein	
Professor Dr. Folprecht, Gunnar	Roche, Merck, MSD, BMS, Sanofi-Aventis, Bayer	Nein	MSD, BMS, Merck, Roche, Amgen,	Nein	Merck Serono	Nein	Mitglied: EORTC, DGHO, Programmkomitees von ESMO, aSCO Kongressen, Wissenschaftliche Tätigkeit: Therapie des Kolonkarzinoms, perioperative Therapie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Onkologische Therapie von gastrointestinalen Tumoren	gering, keine Einschränkungen
Prof. Dr. Freys, Stephan M.	Nein	Grünenthal GmbH	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Vorstandsmitglied addz, Mitglied: Vorsitzender CAAS der DGCH, Mitglied: Vorstandsmitglied NDCH, Mitglied: Delegierter der DGCH in LONTS-Leitliniengruppe, Mitglied: Vorstandsmitglied Bremer Krebsgesellschaft, Mitglied: Landesvorsitzender VLK Bremen, Wissenschaftliche Tätigkeit: Akutschmerztherapie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Gastroösophageale Refluxkrankheit, Wissenschaftliche Tätigkeit: Kolorektales Karzinom, Wissenschaftliche Tätigkeit: Viszeralchirurgie Kolorektale Chirurgie Antirefluxchirurgie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Winterakademie NDCH	moderat, keine Abstimmung bei Kapitel 7.3

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Gerbershagen, Hans	Nein	TEVA / Ratiopharm	Nein	TEVA / Ratiopharm	Nein	Nein	Mitglied: "Arbeitskreis Schmerz" der DGAI (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin), Wissenschaftliche Tätigkeit: epidemiologische Untersuchungen akuter und chronischer postoperativer Schmerzen , Wissenschaftliche Tätigkeit: als Chefarzt der Anästhesiologie und der operativen Intensivmedizin behandel ist täglich Patienten mit gastroenteralen Tumoren	gering, keine Einschränkungen
Professor Dr. Glatzle, Jörg	Bezirksärztekammer Südbaden	Aesculap Tuttlingen BBraun	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Mitglied bei der Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie, Bund Deutscher Chirurgen, Wissenschaftliche Tätigkeit: Gastrointestinale Funktion, Wissenschaftliche Tätigkeit: Viszeralchirurgie	gering, keine Einschränkungen
Professor Dr. Gockel, Ines	Onkowissen	BMS GmbH Advisory Board, Roche - Foundation one	ETHICON Johnson Johnson, FALK Foundation , MERCK, Pharmacosmos, FALK Foundation , Niedergelasse	Die Chirurgie, Deutsches Ärzteblatt, best practice oncology	Nein	Nein	Mitglied: DGAV, CAOGI, Selbsthilfegruppe Achalasie, KEKS, Stiftung Lebensblicke, Wissenschaftliche Tätigkeit: onkologische Viszeralchirurgie, Prähabilitation / Präkonditionierung, intraoperatives Imaging, molekulargenetische Analysen bei	moderat, Enthaltung bei Empfehlungen zu Kapitel 4.3 Prähabilitation, 6.11 Intraoperative Einlage einer Drainage in das OP-Feld - Ösophagusresektionen und 6.12

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			ne Onkologen (NIO) in Sachsen , Sächsische Krebsgesellschaft				gastrointestinalen Erkrankungen , Wissenschaftliche Tätigkeit: onkologische Viszeralchirurgie, minimal-invasive und robotische Chirurgie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Initiatorin des Barrett Charity-Dinners (www.barrett-charitydinner.de), Spendenaufkommen zwischen 150.000-200.000 Euro , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: FALK Summer School, Lernklinik Leipzig, ICCAS (Innovation Center Computer Assisted Surgery) Leipzig, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig , Persönliche Beziehung: keine	Intraoperative Einlage einer Drainage in das OP-Feld - Magenresektionen
Grohmann, Erich	trifft nicht zu	trifft nicht zu	Nein	keine	keine	keine	Mitglied: keine, Wissenschaftliche Tätigkeit: keine, Wissenschaftliche Tätigkeit: keine, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: keine, Persönliche Beziehung: keine	keine
Dr. Haase, Oliver	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: colorectal surgery robotic surgery, Wissenschaftliche Tätigkeit: colorectal surgery robotic surgery, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: BDC Kurs Kolorektale Chirurgie Viszeralonkologisches Symposium der Charite	keine
Professor Dr.	Nein	Nein	ConvaTec	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Normale	keine

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Hardt, Julia			(Germany) GmbH				Mitgliedschaften im DGAV und ESCP, Wissenschaftliche Tätigkeit: Koloproktologie, onkologische Viszeralchirurgie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Koloproktologie, onkologische Viszeralchirurgie...letztlich aber das komplette Spektrum der universitären Viszeralchirurgie.	
Professor Dr. Hartl, Wolfgang	Fresenius KABI	Biotest AG	Nein	Nein	Fresenius KABI	Nein	Mitglied: Mitglied DIVI, DGCH, DGEM, VBC, Wissenschaftliche Tätigkeit: Klinischer Ernährung kritisch kranker Patienten, Palliativmedizin, ELD, Wissenschaftliche Tätigkeit: operative Intensivmedizin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: entfällt, Persönliche Beziehung: entfällt	gering, keine Einschränkungen
Professor Dr. Hecker, Andreas	Nein	Nein	MSD pharma	Nein	Deutsches Zentrum f. Infektionsforschung DZIF	Nein	Nein	gering, keine Einschränkungen
Professor Hübner, Martin	ENCARE	MSD	Fresenius	Nein	Nestle	Nein	Mitglied: ISSPP: chair of education ERAS society: chair of education, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Capnomed: PIPAC training courses	Moderat, kein Mandatsträger
Professor Dr. Jungwirth, Bettina	Nein	Nein	PULSION Medical Systems SE	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) Berufsverband Deutscher	gering, keine Einschränkungen

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Anästhesisten (BDA) European Society of Anaesthesiology and Intensive Care , Wissenschaftliche Tätigkeit: Erweitertes hämodynamisches Monitoring Künstliche Intelligenz-basierte Risikoprädiktion Anästhesieeffekte auf Kognition im Kleintiermodell des Morbus Alzheimer	
Kade, Barbara	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	keine
PD Dr. Kagerbauer, Simone	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: 1)Entwicklung eines Softwaretools zur leitliniengerechten Prämedikation 2)künstliche Intelligenz und Risikoprädiktion 3)Biomarker zur Outcomeprädiktion in der perioperativen und Intensivmedizin, Wissenschaftliche Tätigkeit: wissenschaftliche Mitarbeiterin Klinikum rechts der Isar, Persönliche Beziehung: keine	keine
Professor Dr. Kalf, Jörg	Aufsichtsratsmitglied Universitätsme	Nein	Deutscher Chirurgenkongress (DGCH),	Thieme Verlag UpToDate	Else-Kröner-Forschungskolleg	Nein	Mitglied: Vorstand DGAV, Präsidiumsmitglied DGCH Mitglied DTG, Berufsverband Dt.	gering, keine Einschränkungen

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
	dizin Rostock Gutachter Deutsche Forschungsge meinschaft (DFG)		Satelliten Symposium "Das ERAS Konzept in der kolorektalen Chirurgie: Aktueller Trend oder wirklicher Paradigmenwe chsel?, 12. Siegener Symposium Updates , 11. Kongress des Med. Kompetenz Centers (MKG) , 12. MKC Kongress der AOK Rheinland/Ha mburg, XVII. Gastroenterolo gie- Seminarwoche Titisee 24.02.- 28.02.2018, "Querschnitte Viszeralmedizi n - Innere Medizin 2018" 01.09.2018, Lahnstein, Falk Gastroforum				Chirurgen, Berliner Chi. Gesellschaft, Sektion Chi. Forschung, Dt. Hochschulverband, FACS, Dt. Kontinenzgesellschaft Lehrstuhlkonvent, Exzellenz Akademie, European Surgical Association, UNIVERSITAETSGESELLSCHAFT BONN, Berliner Chirurgengesellschaft, Dt. Transplantationsgesellschaft, Vereinigung Niederrheinisch - Westfälischer Chirurgen, , Wissenschaftliche Tätigkeit: - siehe Publikationsliste -, Wissenschaftliche Tätigkeit: Viszeralchirurgie, Beteiligt an Fort-/Ausbildung: Viszeralmedizin 2019 Dt. Chirurgenkongress 2020 Viszeralchirurgische Tage 2017,2019 OP-Leberworkshop DGAV 2017, 2018, 2019, 2020 , Persönliche Beziehung: Nein	

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Leverkusen, 23.06.2018, 12th Biennial E-AHPBA Congress, Mainz, DGAV-Workshop "Repetitorium FFF" Fit zum Facharzt , 20.Praktischer Kurs Viszeralchirurgie Warnemünde, 21.Praktischer Kurs Viszeralchirurgie Warnemünde, DGAV-Workshop "Repetitorium FFF" Fit zum Facharzt, Cardio Symposium, C.T.I. GmbH, 11. Petersberger Symposium, 9. Update West Bonn, Bristol-Myers Squibb					

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			GmbH Co. , Vortrag Viszeralmedizin 2018, Falk Foundation, Brühl					
Professor Dr. Kienbaum, Peter	Baxter Deutschland GmbH, Staatsanwaltshaft Düsseldorf, Baxter Deerfield USA	Nein	Baxter Deutschland GmbH, Baxter Dubai, Baxter England	Thieme Verlag	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Anesthesiologie und Intensivmedizin, Gutachter , Mitglied: Associate Editor BMC Anesthesiology, Mitglied: Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, Stellv. Vorsitzender, Wissenschaftliche Tätigkeit: 1. sympathische Kreislaufregulation 2. PONV 3. postoperatives Delir 3. inhalative und intravenöse Anästhetika 4. Muskelrelaxantien, Wissenschaftliche Tätigkeit: Durchführung von Anästhesien bei Hochrisikopatienten insbesondere in der Viszeral-, Herz-Thorax-, Neuro- und Kinderchirurgie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Deutscher Anästhesiecongress 2021, Kongresssekretär, Persönliche Beziehung: Mitglied der Programmkommission der DGAI	gering, keine Einschränkungen

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							für wissenschaftliche Kongresse	
Dipl.Soz.Wiss. Langer, Thomas	Nein	Nein	AWMF	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Netzwerk evidenzbasierte Medizin (EbM-Netzwerk)	keine
PD Dr. Lenzen, Henrike	Micro-Tech Europe	Nein	Pfizer, BMS, MSD, Abbvie	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGVS Beiratsmitglied Sektion Endoskopie, Wissenschaftliche Tätigkeit: CED. PSC. Endoskopie., Wissenschaftliche Tätigkeit: CED. PSC. Endoskopie.	gering, keine Einschränkungen
Professor Dr. Leschke, Matthias	-	Bayer Vital, Daiichi Sankyo, Vifor	-	-	Keine eigenen Forschungsvorhaben , keine eigenen klinischen Studien	-	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Mitglied: Europäische Kardiologengesellschaft ESC), Mitglied: Südwestdeutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Mitglied: Ethikkommission der Ärztekammer Nordwürttemberg, Mitglied: Editorial und Herausgeber des Klinikarztes, Wissenschaftliche Tätigkeit: Koronare Herzerkrankung, Wissenschaftliche Tätigkeit: Hyperfibrinogenämie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Vorhofflimmern, Wissenschaftliche Tätigkeit: Gerinnungsmanagement, Wissenschaftliche Tätigkeit: Perioperative Prozeduren, Wissenschaftliche Tätigkeit: Klinische Versorgung von	gering, keine Einschränkungen

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen, insbesondere Patienten mit chronischem Koronarsyndrom, Herzinsuffizienz und akutem Koronarsyndrom, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Medizin Aktuell, jährliche Veranstaltung, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Kardiologischer Mittwoch, monatlich, Persönliche Beziehung: nein	
Professor Dr. Martignoni, Marc	Nein	Nein	BBraun Baxter Fresenius GHD medupdate	Nein	BBraun	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: Chirurgie Mangelernährung Kachexie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Viszeralchirurgie	moderat, Enthaltung bei Empfehlungen zu Kapitel 4.3 Prähabilitation
Professor Dr. Möhler, Markus	Lilly, Roche, BMS, MSD, Amgen, Merck Serono, Pfizer,	-	Falk, Nordic, Amgen, Roche, mci, Lilly, MSD, Merck Serono, Pfizer, BMS, ESMO, ASCO	siehe PubMed	DKH, C13-Cluster, BMBF, EKF, Merck, Amgen, BMS, Taiho, Roche, MSD, AIO, EORTC, Horizon Europe	-	Mitglied: -, Wissenschaftliche Tätigkeit: GI Onkologie, Wissenschaftliche Tätigkeit: GI Onkologie und EUS, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: post ASCO , Persönliche Beziehung: -	gering, keine Einschränkungen
Niels, Timo	Mediolanum Biosciences GmbH	Nein	AMGEN GmbH; BMS; Mediolanum Biosciences GmbH; BAXTER Deutschland GmbH; Novartis	Springer Medizin Verlag GmbH	Nein	Nein	Mitglied: Mitglied in der DKG, AGSMO, Wissenschaftliche Tätigkeit: Schwerpunktthema: Bewegung und Training bei einer tumorassoziierten Kachexie, weitergefasst: Bewegung und Training bei onkologischen Erkrankungen, Wissenschaftliche Tätigkeit: Studienkonzeption und	moderat, Enthaltung bei Empfehlungen zu Kapitel 4.3 Prähabilitation und 7.5 Postoperative Mobilisation

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			GmbH; Janssen-Cilag GmbH; DVGS e.V.; Akademie für medizinische Fortbildung; MyAirBag GmbH, verschiedene Kliniken, Krankenhäuser (im Rahmen von Patiententagen o. medizinischen Weiterbildungen)				Durchführung zum genannten Thema: Bewegung und Training bei einer tumorassoziierten Kachexie, Beteiligung an Fort- /Ausbildung: Fortbildung Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie der Uniklinik Köln	
Paradies, Kerstin	AstraZeneca	Takeda	omnicare	Nein	Nein	Nein	Nein	gering, keine Einschränkungen
Dr. Peters, Franziska	Nein	Nein	Medtronic, Medtronic, Johnson	Nein	Nein	Nein	Mitglied: klinischer Experte bei ERAS-Implementierungen über die ERAS-Society, Mitglied: Gründungsmitglied chirurgische Arbeitsgemeinschaft periVis der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Publikationen mit Bezug zu ERAS, Wissenschaftliche Tätigkeit: ERAS-Koordinator unserer Klinik, Beteiligung an Fort-/Ausbildung:	Moderat

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Durchführung von ERAS-Seminaren der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	
Professor Dr. Pogatzki-Zahn, Esther	Nein	Grünenthal	Novartis, Medtronic	Nein	Grünenthal, DFG, EU-FP7 Horizon 2020 IMI (Grant Nr 777500), BMBF, Innovationsfond; G-BA: 01KC1903, Grünenthal	Nein	Mitglied: Deutsche Schmerzgesellschaft, Mitglied: Europäische Anästhesiengesellschaft (ESAIC), Mitglied: DEutsche Anästhesiengesellschaft (DGAI), Mitglied: PROSPEKT (Arbeitsgruppe der ESRA zu prozeduren-spezifischen Schmerzen nach OPERATIONen), Mitglied: IASP - Council, Wissenschaftliche Tätigkeit: Schmerztherapie, ca. 135 Peer reviewed publications, ca. 30 reviews, editorials, Herausgeber von 3 Lehrbüchern, h-Index 35, Wissenschaftliche Tätigkeit: Schmerztherapie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Ärztekammer Westfalen-Lippe, WEiterbildung Schmerzmedizin der ÄKWL, Schmerzmedizinische Grundversorgung der ÄKWL, AKutschmerzkurse der Deutschen Schmerzgesellschaft,	gering, keine Einschränkungen
Reents, Nicola	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: stellv. Vorstandsvorsitzende in der Patientenselbsthilfegruppe Semi-Colon	gering, keine Einschränkungen

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Mitglied im BRCA-Netzwerk ePAG Lynch Syndrome im ERN Genturis	
Dr. Reichert, Martin	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	keine
Professor Dr. Reissfelder, Christoph	Nein	Nein	Falk Foundation	Medtronic	Nein	Nein	Nein	moderat, Enthaltung bei Empfehlungen zu Kapitel 8.1 Betreuung im Rahmen eines multimodalen perioperativen Managementkonzepts (mPOM)
Professor Dr. Ritz, Jörg Peter	Nein	Nein	Falk GmbH, Ärztekammer MV, ADDZ, Medtronic	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGAV, Mitglied: Vorstand Krebsgesellschaft MV, Mitglied: Vorstand CED Netz MV, Mitglied: Mitglied DGCH/ BDC, Mitglied: Mitglied DKG, Wissenschaftliche Tätigkeit: Divertikulitis, Wissenschaftliche Tätigkeit: ERAS - periop. Management, Wissenschaftliche Tätigkeit: Viszeralonkologie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Entzündliche Darmerkrankungen, Wissenschaftliche Tätigkeit: ERAS, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Große Anzahl an internen und externen Fortbildungsveranstaltungen zu allen Themenbereichen der	gering, keine Einschränkungen

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Viszeralchirurgie	
Dr Schick, Benedikt	Nein	Nein	Dr. Franz Köhler Chemie "Köhler-Campus"	Nein	Stiftung-BINZ, Ulm	Nein	Mitglied: Mitglied in der DGAI, Mentee im Förderprogramm WAKWiN der DGAI sowie Mitglied im Marburger Bund, Wissenschaftliche Tätigkeit: Delirforschung, v.a. Störungen des zentral-cholinergen Transmitterhaushaltes sowie Forschung an der Schnittstelle zwischen Anästhesie und Psychiatrie, insbesondere in der notärztlichen Versorgung psychiatrischer Patienten Zujalovic B, Mayer B, Hafner S, Balling F, Barth E. AChE-activity in critically ill patients with suspected septic encephalopathy: a prospective, single-centre study. BMC Anesthesiol. 2020 Nov 17;20(1):287. doi: 10.1186/s12871-020-01204-6. PMID: 33203376; PMCID: PMC7670732. Schick B, Mayer B, Walter S, Gruss S, Stitz R, Stitz P, Barth E. Measurement of the nociceptive flexion reflex threshold in critically ill patients - a randomized observational pilot study. BMC Anesthesiol. 2021 Nov 5;21(1):270. doi: 10.1186/s12871-021-01490-8. PMID: 34740318; PMCID:	gering, keine Einschränkungen

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>PMC8569046. Schick B, Barth E, Mayer B, Weber CL, Hagemeyer T, Schönfeldt C. Prospective, observational, single-centre cohort study with an independent control group matched for age and sex aimed at investigating the significance of cholinergic activity in patients with schizophrenia: study protocol of the CLASH-study. BMJ Open. 2021 Dec 20;11(12):e050501. doi: 10.1136/bmjopen-2021-050501. PMID: 34930729; PMCID: PMC8689167.</p> <p>Walter S, Gruss S, Frisch S, Liter J, Jerg-Bretzke L, Zujalovic B, Barth E. "What About Automated Pain Recognition for Routine Clinical Use?" A Survey of Physicians and Nursing Staff on Expectations, Requirements, and Acceptance. Front Med (Lausanne). 2020 Dec 21;7:566278. doi: 10.3389/fmed.2020.566278. PMID: 33409286; PMCID: PMC7779395., Wissenschaftliche Tätigkeit: Arzt in Weiterbildung zum Facharzt Anästhesiologie - daher kein klinischer Schwerpunkt definierbar.</p>	
Dr. Schmuck, Rosa	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	keine

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Professor Dr. Schröder, Wolfgang	Nein	Nein	Medtronic	Nein	CIO (Zentrum für Integrierte Onkologie), Universitätsklinik Köln, Stryker	Nein	Mitglied: Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) International Society for Diseases of the Esophagus (ISDE), Wissenschaftliche Tätigkeit: Chirurgische Onkologie Ösophagus/Magen Minimal-invasive Techniken Perioperatives Management, Wissenschaftliche Tätigkeit: Chirurgie des oberen Gastrointestinaltraktes, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leiter der Fort- und Weiterbildungsakademie des BDC	gering, keine Einschränkungen
Soltau, Sophia	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	keine
Professor Dr. med., MHBA Standl, Thomas	Nein	Nein	B. Braun, Pajunk,MSD, Daiichi Sankyo, Baxter, Grünenthal	Lehrbuchartikel Thiemeverlag	Hypotens mit Fa. Ratiopharm	Nein	Mitglied: DGAI, BDA (Landesvorsitzender Nordrhein), DAAF (Kassenprüfer), DIVI (Sektionssprecher), DEGUM, ÄKNO (Peer Reviewer Intensivmedizin), Mitglied der Gutachterkommission der ÄKNO. International: ASA, IARS, ESA , Wissenschaftliche Tätigkeit: Regionalanästhesie, Outcome, Geburtshilfe, Akutschmerztherapie, Volumen-	moderat, Enthaltung bei Empfehlungen zu Kapitel zu Kapitel 7.3 Postoperative Schmerztherapie und 8.1 Betreuung im Rahmen eines multimodalen perioperativen Managementkonzepts (mPOM)

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							und Blutersatz, Ökonomie in der Anästhesie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Anästhesie, operative Intensivmedizin, Notfallmedizin, Akutschmerztherapie und Palliativmedizin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Repetitorium Anaesthesiologicum in Mayrhofen der DAAF und anfofo	
Professor Dr. Stefan, Post	Nein	Nein	Nein	Nein	DFG (Deutsche Forschungsgemeinschaft)	Nein	Mitglied: Deutsche Ges. für Allgemein- und Viszeralchirurgie DGAV, Tätigkeit im Vorstand und als Zertifizierungsbeauftragter, Mitglied: Deutsche Krebsgesellschaft DKG, Zertifizierungskommission Viszeralonkologie, Mitglied: Deutsche Krebsgesellschaft DKG, Mitglied im Lenkungsausschuss Leitlinien, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie, im Vorstand, 2015-2021, aktuell noch im erweiterten Vorstand (Präsidium), Mitglied: British Journal of Surgery Society, Vizepräsident 2013-2021, und im Council 2008 bis heute, Mitglied: European Society of Coloproctology ESCP, Mitglied seit 2000, Ehrenmitglied 2021, im Vorstand 2005-2017, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie DGCh, Mitglied, Wissenschaftliche Tätigkeit:	keine

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Chirurgische Onkologie, Schwerpunkt kolorektal, Pankreas, minimal-invasive Chirurgie	
Professor Dr. Stinner, Benno	Gerichtsgutachter Schlichtungsstellen Gutachter, Fachexperte OnkoZert, Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung	Nein	Fa Dansac	Nein	Nein	Fresenius Aktien, Nein	Mitglied: Ärztekammer Bezirksvorstand Kassenärztlich Vereinigung Bezirksvorstand VLK Delegierter DGAV , Wissenschaftliche Tätigkeit: Entwicklung Zertifizierungssystem der DKG Darm- Pankreas- Onkologische Zentren, Wissenschaftliche Tätigkeit: Kolorektale Chirurgie Pankreaschirurgie	gering, keine Einschränkungen
Professor Dr. Söhle, Martin	Nein	Nein	Medtronic, MT Monitortechnik	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Sprecher des Wissenschaftlichen Arbeitskreises Neuroanästhesie der DGAI, Wissenschaftliche Tätigkeit: EEG und TCI-gesteuerte Narkoseführung, Neuroanästhesie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Anästhesie in der Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie; Früherkennung/Vermeidung des postoperativen Delirs	gering, keine Einschränkungen
Professor Dr. Vilz, Tim	Gerichtsgutachten und Gutachten Ärztekammer	Nein		Nein	Principal Investigator der PreRec Studie (Prähabilitation beim	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Mitglied, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und	gering, keine Einschränkungen

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					Rektum Ca)		Viszeralchirurgie (DGAV), Mitglied, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie, Mitglied, Mitglied: European Society of Surgical Oncology (ESSO), Mitglied, Mitglied: Selbsthilfegruppe Semicolon, Vortrag, Mitglied: Schriftführer der 09/2022 neu gegründeten CA PeriVis der DGAV, Wissenschaftliche Tätigkeit: Postoperativer Ileus, Perioperative Medizin, Fast Track, Wissenschaftliche Tätigkeit: Kolorektalchirurgie und Proktologie	
Dr. Waldschmidt, Dirk-Thomas	Nein	Nein	AstraZeneca, Bayer, BMS, Eisai, Falk, Ipsen, Roche, Servier	Nein	AIO, AstraZeneca, Bayer, BMS, Eisai, IKF, Ipsen, MSD, Roche, Servier	Nein	Nein	gering, keine Einschränkungen
Professor Dr. Weimann, Arved	Nein	Nein	Fresenius Kabi Deutschland , B. Braun , Falk Foundation , Baxter , Hochschule Anhalt	Nein	Mucos	SECA	Mitglied: DGCH, DGAV, DGEM, DEGUM, DIVI, DKG European Society for Clinical Nutrition and Meatbolism (ESPEN), American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN), Mitglied: Arbeitsgruppenleiter: Leitlinie Perioperative Ernährung (DGEM, ESPEN) Mandatsträger für die AWMF- Leitlinien Ösophaguskarzinom, Magenkarzinom,	moderat (abwesend bei Konsensuskonferenz)

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Komplementärmedizin, POMGAT, Pankreas , Mitglied: Sächsische Landesärztekammer (SLAEK): Mitglied der Lebendspendekommission, Ärztliche Ausbildung , Mitglied: BÄK - AG Verfahrensgrundsätze und Ethik der STÄKO Organtransplantation , Mitglied: Referent Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e.V. (DAEM)und MemoMed für das Curriculum Ernährungsmedizin der BÄK , Wissenschaftliche Tätigkeit: Perioperative Ernährung - Konditionierung von viszeralchirurgischen Hochrisikopatienten , Wissenschaftliche Tätigkeit: Visceralchirurgie / Perioperative Ernährung - Konditionierung von viszeralchirurgischen Hochrisikopatienten , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Fortbildungsveranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. in Leipzig/Machern	
Wenzel, Gregor	Nein	Nein	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften	Nein	Nein	Nein	Nein	keine

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			ften e. V.					
Professor Dr. Weyhe, Dirk	Sozialgericht, Krankenkasse	nein	Covidien	nein	folgt	nein	<p>Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)</p> <p>, Mitglied: Deutsche Herniengesellschaft (DHG)</p> <p>, Mitglied: Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Hernien (CAH)</p> <p>, Mitglied: Chirurgische Arbeitsgemeinschaft minimal invasive Chirurgie (CAMIC)</p> <p>, Mitglied: Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für perioperative Medizin (CAPM)</p> <p>, Mitglied: Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für endokrine Chirurgie (CAEK)</p> <p>, Mitglied: Berufsverband deutscher Chirurgen (BDC)</p> <p>, Mitglied: Vereinigung Nordwestdeutscher Chirurgen</p> <p>, Mitglied: Verband der Leitenden Krankenhausärzte (VLK)</p> <p>, Mitglied: Regionales Tumorzentrum Weser- Ems</p> <p>, Mitglied: Arbeitsgemeinschaft Deutscher Darmkrebszentren (ADDZ), Wissenschaftliche Tätigkeit: klinische Studien zum Pankreaskarzinom</p> <p>, Wissenschaftliche Tätigkeit: klinische Studien zum</p>	gering, keine Einschränkungen

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							kolorektalen Karzinom , Wissenschaftliche Tätigkeit: Klinischen Studien Antirefluxchirurgie , Wissenschaftliche Tätigkeit: Klinische Studien endokrine Chirurgie , Wissenschaftliche Tätigkeit: Biokompatibilität von Polymerimplantaten , Wissenschaftliche Tätigkeit: komplexe onkolog. Viszeralchirurgie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Lehrtätigkeit Universität Oldenburg, Persönliche Beziehung: Nein	
M.Sc. Widhalm, Simone	keine	keine	keine	keine	keine	keine	Mitglied: S3-Leitlinie Endometriumkarzinom (AG Hereditäre Tumorerkrankungen, AG Nachsorge) Deutsche Leberstiftung (Assoziierte Wissenschaftlerin; Strategieguppe Virushepatitis) Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (AG Prävention) European Hereditary Tumour Group (EHTG), tbd HNPCC-Konsortium, Sprecherin AG Öffentlichkeitsarbeit SemiColon e.V., wissenschaftliche Referentin Deutsche Leberhilfe e.V., derzeit	gering, keine Einschränkungen

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							ohne Mandat , Wissenschaftliche Tätigkeit: Keine, Wissenschaftliche Tätigkeit: keine, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: keine, Persönliche Beziehung: keine	
Dr. Wildenauer, Rene	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Roche Fresenius	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie Deutsche Gesellschaft für Intensivmedizin und Notfallmedizin, Wissenschaftliche Tätigkeit: Intensivmedizin Notfallmedizin, Wissenschaftliche Tätigkeit: Palliativmedizin Intensivmedizin	gering, keine Einschränkungen
Dr. Willis, Maria	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	keine
PD Dr. Wirz, Stefan	Begutachtung von Manuskripten für die Zeitschrift "Der Schmerz", E-i-C der Zeitschrift "Journal of Local and Regional Anesthesia and Analgesia"	Sandoz/Hexal Mundipharma Riemser Digitale Health Care/Cannaflos Stada Dr. Pflieger	Kyowa Kirin Mundipharma Grünenthal Digitale Health Care/Cannaflo s	Nein	ohne	nein	Mitglied: International Association for the Study of Pain - Past Chair Special Interest Group Cancer Pain Deutsche Schmerzgesellschaft - Beirat bis einschließlich 2020 - Sprecher Arbeitskreis Tumorschmerz - Mitglied AdHoc Kommission Konvent der Schmerzambulanzen - Mitglied Kommission Strukturmerkmale Multimodale Schmerztherapie Deutsche Krebsgesellschaft	moderat, Enthaltung bei Empfehlungen zu Kapitel 7.4.1 Pharmakologische Prävention und Therapie gastrointestinaler Motilitätsstörungen

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							- Mitglied Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin Deutsche Palliativgesellschaft Sertürner Gesellschaft Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin Bund Deutscher Anästhesisten Deutsche Gesellschaft für Anesthesiologie und Intensivmedizin, Wissenschaftliche Tätigkeit: Opiode/Opioidinduzierte Nebenwirkungen/Symptomkontrolle Akutschmerztherapie Tumorschmerztherapie Chronifizierung von Schmerzen Gesichtsschmerz Lebensqualität bei urologischen Patienten Postoperative Darmatonie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Anästhesie Intensivmedizin Schmerz- und Palliativmedizin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: European Federation of IASP Chapters (EFIC) Cancer Pain Management University of Maribor, SL	

Name	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							GFO-Anästhesietag, GFO-Schmerztag, Bonn Vorlesung Schmerzmedizin Universität Bonn Weiterbildung Pain Care Manager Universität Regensburg, Persönliche Beziehung: nein	
Dr. Zarras, Konstantinos	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	keine
Zoller, Xenia	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	keine

9.2. Recherche nach nationalen und internationalen Qualitätsindikatoren zum perioperativen Management bei gastrointestinalen Tumoren (POMGAT)

9.2.1. Rechercheauftrag

Die Recherche wurde vom Bereich Infoplattform (Jessica Lobitz und Steffi Derenz) zwischen dem 22.12.2022 und 13.01.2023 durchgeführt.

Als Recherchevokabular wurden folgende Begriffe der Leitlinienrecherche verwendet:

Population:

Erwachsene Patienten mit gastrointestinalen Tumoren in allen Versorgungssettings (ambulant/stationär).

peritoneal*, abdominal*, visceral*, esophage*, stomach*, gastric*, intestin*, bowel*, colorectal*, colon*, rectal*, proctolog*, proctocolonic*, pancrea*, hepat*, liver*, digestiv*, biliar*, enteric*, gastro*, gallbladder*, duoden*, Digestive System Diseases,

cancer* OR carcinom* OR tumor* OR tumour* OR neoplas*

Gastrointestinal Neoplasms

Intervention:

Perioperatives Management

General Surgery, Perioperative Care, Perioperative Medicine, Perioperative Period

perioperativ*, postoperativ*, interoperativ*, praeoperativ*, surger*, resect*, operat*

Qualitätsindikatoren

Quality Indicators, Health Care

quality indicator, performance indicator*, quality measure*, indicator of quality*, performance measure*

Bei der Suche erfolgte eine Einschränkung des Suchzeitraums (22.12.2012 bis 22.12.2022).

Sprachrestriktionen: englisch, deutsch

Weitere Einschränkungen bezüglich spezifischer Subgruppen innerhalb der Zielpopulation erfolgten nicht.

Die Suche wurde in folgenden Quellen durchgeführt:

- Literaturdatenbanken:
PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/advanced>
Cochrane: <https://www.cochranelibrary.com/advanced-search>
- Webseiten zweier internationaler Agenturen im Bereich medizinische Qualitätssicherung/Qualitätsmessung/Qualitätsindikatoren

Recherchestrategie und -vokabular richten sich nach den Möglichkeiten der jeweiligen Recherchequelle. Sie wurden entsprechend modifiziert und unter Punkt 2: Recherchestrategien dargelegt.

9.2.2. Recherchestrategien

9.2.2.1. Bibliographische Datenbanken

9.2.2.1.1. PubMed

Recherche erfolgte am: 22.12.2022

Suche	Suchbegriffe	Treffer
#1	"Digestive System Diseases"[mh] OR peritoneal*[tiab] OR "Digestive System"[mh] OR abdominal*[tiab] OR visceral*[tiab] OR esophage*[tiab] OR stomach*[tiab] OR gastric*[tiab] OR intestin*[tiab] OR bowel*[tiab] OR colorectal*[tiab] OR colon*[tiab] OR rectal*[tiab] OR proctolog*[tiab] OR proctocolonic*[tiab] OR pancrea*[tiab] OR hepat*[tiab] OR liver*[tiab] OR digestiv*[tiab] OR biliar*[tiab] OR enteric*[tiab] OR gastro*[tiab] OR gallbladder*[tiab] OR duoden*[tiab]	4.436.756
#2	"General Surgery"[mh] OR "Perioperative Care"[mh] OR "Perioperative Medicine"[mh] OR "Perioperative Period"[mh] OR perioperativ*[tiab] OR postoperativ*[tiab] OR interoperativ*[tiab] OR praeoperativ*[tiab] OR surger*[tiab] OR resect*[tiab] OR operat*[tiab] OR surgery[sh]	4.052.519
#3	tumor[tiab] OR tumour[tiab] OR cancer[tiab] OR cancers[tiab] OR carcinoma[tiab] OR carcinomas[tiab] OR neoplasm[tiab] OR neoplasms[tiab] OR neoplasia[tiab]	3.482.394
#4	#1 AND #2 AND #3	297.933
#5	"gastrointestinal neoplasms/surgery"[MeSH Terms]	102.372
#6	#4 OR #5	320.339
#7	"quality indicators, health care"[mh]	24.595
#8	"quality indicator"[tiab] OR "quality indicators"[tiab] OR "performance indicator"[tiab] OR "performance indicators"[tiab] OR "quality measure"[tiab] OR "quality measures"[tiab] OR "indicator of quality"[tiab] OR "indicators of quality"[tiab] OR "performance measure"[tiab] OR "performance measures"	32.382
#9	#7 OR #8	50.994
#10	#6 AND #9	797
#11	#6 AND #9 Filters: in the last 10 years	590
#12	#6 AND #9 Filters: in the last 10 years, English, German	572
#13	#11 NOT "The Cochrane database of systematic reviews"[Journal]	572

9.2.2.1.2. Cochrane

Recherche erfolgte am: 22.12.2022

Cochrane Central Register of Controlled Trials Issue 11 of 12, November 2022

Suche	Suchbegriffe	Treffer
#1	MeSH descriptor: [Digestive System Diseases] explode all trees	61.525
#2	MeSH descriptor: [Digestive System] explode all trees	17883
#3	(peritoneal* OR abdominal* OR visceral* OR esophage* OR stomach* OR gastric* OR intestin* OR bowel* OR colorectal* OR colon* OR rectal* OR proctolog* OR proctocolonic* OR pancrea* OR hepat* OR liver* OR digestiv* OR biliar* OR enteric* OR gastro* OR gallbladder* OR duoden*):ti,ab,kw	291.611
#4	#1 OR #2 OR #3	301.321
#5	MeSH descriptor: [General Surgery] explode all trees	366
#6	MeSH descriptor: [Perioperative Care] explode all trees	1.2829
#7	MeSH descriptor: [Perioperative Medicine] explode all trees	0
#8	MeSH descriptor: [Perioperative Period] explode all trees	9298
#9	(perioperativ* OR postoperativ* OR interoperativ* OR praeoperativ* OR surger* OR resect* OR operat*):ti,ab,kw	331.652
#10	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9	333.199
#11	(cancer* OR tumor* OR tumour* OR malign* OR epithelioma* OR carcinom* OR adenocarcinoma* OR neoplas*):ti,ab,kw	253.194
#12	#4 AND #10 AND #11	33.131
#13	MeSH descriptor: [Gastrointestinal Neoplasms/] explode all trees and with qualifier (s): [surgery-SU]	3885
#14	#12 OR #13	33.149
#15	MeSH descriptor: [Quality Indicators, Health Care] explode all trees	664
#16	("quality indicator" OR "quality indicators" OR "performance indicator" OR "performance indicators" OR "quality measure" OR "quality measures" OR "indicator of quality" OR "indicators of quality" OR "performance measure" OR "performance measures"):ti,ab,kw	3177
#17	#15 OR #16	3604
#18	#14 AND #17	63
#19	#15 with Publication Year from 2012 to 2022, in Trials NOT Editorial	55
	Cochrane Reviews: 0 Trials: NOT Studienregister	40

Anzahl der Treffer insgesamt (PubMed und Cochrane): **612**.

9.2.2.2. Internationale Qualitätsindikatorenprojekte/-programme

Recherche erfolgte am: 05.02.2023

Institution	Quelle	Treffer
ISD (Scotland Health Indicators)	http://www.healthcareimprovementscotland.org/our_work/cancer_care_improvement/cancer_qpis/quality_performance_indicators.aspx https://beta.isdscotland.org/find-publications-and-data/conditions-and-diseases/cancer-qpis/ https://www.isdscotland.org/Health-Topics/Quality-Indicators/Cancer-QPI	6
KCE (Belgian Health Care Knowledge Centre)	https://kce.fgov.be https://kce.fgov.be/en/all-reports	2

9.3. Rechercheergebnisse

Ausschlussgründe:

A1: **kein oder kein themenspezifischer QI** (kein QI oder QI anderer Entität oder unspezifischer QI)

QI ohne Ergebnisse (VT-Screening)

A2: **Publikationsart** (z.B.: Letter, Editorial, nur Abstract)

A3: **Doppelpublikation**

A4: **Volltext nicht verfügbar**

9.3.1. Bibliographische Datenbanken

Anzahl der Treffer nach Titel- und Abstractsichtung: **34**

Treffer nach Volltextsichtung: 19 (68 QIs mit Ergebnissen)

[8], [9], [10], [11], [12], [13], [14], [15], [16], [17], [18], [19], [20], [21], [22], [23], [24], [25], [26]

Indikator	Ergebnisse vorhanden?	Starke Empfehlung der S3-LL
<i>Bao et al, 2016 [8]</i> Colon cancer QI 1: Probe liver, peritoneum, ovary and uterus during surgery	Ja S. 1085	Nein
<i>Bao et al, 2016 [8]</i> Colon cancer: QI 2: Surgical resection with anastomosis	Ja Ja S. 1085	Nein

Indikator	Ergebnisse vorhanden?	Starke Empfehlung der S3-LL
<i>Bao et al, 2016 [8]</i> Rectal cancer: QI 1: Probe liver, peritoneum, ovary and uterus during surgery	Ja S. 1086	Nein
<i>Bellver et al, 2020 [9]</i> Colorectal liver metastasis: QI 1: Postoperative mortality	Ja S. 750	Nein, vgl. KeZa 14 (30d-Mortalität) ML
<i>Bellver et al, 2020 [9]</i> Colorectal liver metastasis: QI 2: Postoperative morbidity	Ja S. 750	Nein
<i>Bellver et al, 2020 [9]</i> Colorectal liver metastasis: QI 3: Postoperative liver failure	Ja S. 750	Nein
<i>.. Bellver et al, 2020 [9]</i> Colorectal liver metastasis: QI 4: Postoperative hemorrhage	Ja S. 750	Nein
<i>.. Bellver et al. 2020 [9]</i> Colorectal liver metastasis: QI 5: Postoperative biliary fistula	Ja S. 750	Nein
<i>.. Bellver et al. 2020 [9]</i> Colorectal liver metastasis: QI 6: Reoperation rate	Ja S. 750	Nein
<i>.. Bellver et al. 2020 [9]</i> Colorectal liver metastasis: QI 7: Overall survival 12-month survival 60-month survival	Ja S. 750	Nein, vgl. KeZa 14 (30d-Mortalität) ML
<i>de la Portilla et al. 2018 [10]</i> Rectal cancer: QI 1: Indicator for rectal cancer surgical site infection <u>Definition:</u> Percentage of patients included in the assessment who presented surgical site infection	Ja S. 229	Nein, vgl. KeZa 16 (Revisions-OP Rektum) DZ

Indikator	Ergebnisse vorhanden?	Starke Empfehlung der S3-LL
(superficial, deep and organ space) after surgery for rectal cancer		
<p><i>de la Portilla et al. 2018 [10]</i></p> <p>Colon cancer:</p> <p>QI 2: Indicator for colon cancer surgical site infection</p> <p><u>Definition:</u> Percentage of patients included in the assessment who presented surgical site infection (superficial, deep and organ space) after surgery for colon cancer</p>	Ja S. 229	Nein, vgl. KeZa 15 (Revisions-OP Kolon) DZ
<p><i>de la Portilla et al. 2018 [10]</i></p> <p>Colorectal cancer:</p> <p>QI 3: Indicator for anastomotic dehiscence/leak</p> <p><u>Definition:</u> Percentage of patients included in the assessment who presented infection or anastomotic leak (clinical or radiological)</p>	Ja S. 229	Nein, vgl. KeZa 17 (AI Kolon) und 18 (AI Rektum) DZ
<p><i>de la Portilla et al. 2018 [10]</i></p> <p>Colorectal cancer:</p> <p>QI 4: Indicator for mortality</p> <p><u>Definition:</u> Percentage of patients included in the assessment who died during hospitalization due to problems directly related with the surgery performed</p>	Ja S. 229	Nein, vgl. KeZa 19 (postoperative Mortalität) DZ
<p><i>de la Portilla et al. 2018 [10]</i></p> <p>Colorectal cancer:</p> <p>QI 5: Indicator for readmissions</p> <p><u>Definition:</u> Percentage of patients who were rehospitalized within 30 days of hospital discharge</p>	Ja S. 229	Nein
<p><i>de la Portilla et al. 2018 [10]</i></p> <p>Colorectal cancer:</p> <p>QI 6: Evisceration</p> <p><u>Definition:</u> Evisceration is only contemplated during hospitalization</p>	Ja S. 229	Nein
<p><i>de la Portilla et al. 2018 [10]</i></p> <p>Colorectal cancer:</p> <p>QI 7: Reoperation</p>	Ja S. 229	Nein, vgl. KeZa 15 (Revisions-OP Kolon) und 16 (Revisions-OP Rektum) DZ

Indikator	Ergebnisse vorhanden?	Starke Empfehlung der S3-LL
<i>de la Portilla et al. 2018 [10]</i> Colorectal cancer: QI 8: Postoperative hospital stay	Ja S. 229	Nein
<i>Eid et al. 2019 [11]</i> Rectal cancer: QI 1: Perioperative transfusion	Ja S. 20	Nein
<i>Eid et al. 2019 [11]</i> Rectal cancer: QI 2: 90-day mortality	Ja S. 20	Nein, vgl. KeZa 19 (postoperative Mortalität) DZ
<i>Eid et al. 2019 [11]</i> Rectal cancer: QI 3: Overall 90-day postoperative morbidity Dindo-Clavien ≤2 >2 Medical complications Surgical complications Reoperation Surgical site infection	Ja S. 20	Nein, vgl. KeZa 16 (Revisions-OP Rektum) DZ
<i>Eid et al. 2019 [11]</i> Rectal cancer: QI 4: Mean length of hospital stay in days [+/- standard deviation]	Ja S. 20	Nein
<i>Gockel et al. 2015 [12]</i> Oncologic esophageal surgery QI 1: Morbidity	Ja S. 3542	Nein, vgl. KeZa 13 (Revisions-OP) MS
<i>Gockel et al. 2015 [12]</i> Oncologic esophageal surgery QI 2: Mortality	Ja S. 3542	Nein, vgl. KeZa 19 (postoperative Mortalität) DZ
<i>Gooiker et al. 2013 [13]</i> Colon cancer: QI 1: Unplanned re - operation	Ja S. 467	Nein, vgl. KeZa 15 (Revisions-OP Kolon) DZ
<i>Gooiker et al. 2013 [13]</i> Colon cancer: QI 2: Risk - adjusted morbidity	Ja S. 467	Nein

Indikator	Ergebnisse vorhanden?	Starke Empfehlung der S3-LL
<p><i>Gooiker et al. 2013 [13]</i></p> <p>Colon cancer:</p> <p>QI 3: Risk - adjusted 30 - day mortality</p>	Ja S. 467	Nein, vgl. KeZa 19 (Mortalität postoperativ) DZ
<p><i>Gooiker et al. 2013 [13]</i></p> <p>Rectal cancer:</p> <p>QI 1: Unplanned re - operation</p>	Ja S. 467	Nein, vgl. KeZa 16 (Revisions-OP Rektum) DZ
<p><i>Gooiker et al. 2013 [13]</i></p> <p>Rectal cancer:</p> <p>QI 2: Risk - adjusted morbidity</p>	Ja S. 467	Nein, vgl. KeZa 16 (Revisions-OP Rektum) DZ
<p><i>Gooiker et al. 2013 [13]</i></p> <p>Rectal cancer:</p> <p>QI 3: Risk - adjusted 30 - day mortality</p>	Ja S. 467	Nein, vgl. KeZa 19 (Mortalität postoperativ) DZ
<p><i>Hardt et al. 2018 [14]</i></p> <p>Colon carcinom:</p> <p>QI 1: 30-Tage-Mortalität</p> <p><u>Zähler:</u> Alle Patienten mit einem Kolonkarzinom (ICD-C18.X), bei denen zur Entfernung des Primärtumors eine Kolonresektion erfolgte</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Patienten mit einem Kolonkarzinom (ICD-C18.X), die mit einer Kolonresektion zur Entfernung des Primärtumors behandelt wurden und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation verstorben sind</p>	Ja S. 22	Nein, vgl. KeZa 19 (Mortalität postoperativ) DZ
<p><i>Hardt et al. 2018 [14]</i></p> <p>Colon carcinom:</p> <p>QI 2: MTL30</p> <p><u>Zähler:</u> Alle Patienten mit einem Kolonkarzinom (ICD-C18.X), bei denen zur Entfernung des Primärtumors eine Kolonresektion erfolgte</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Patienten mit einem Kolonkarzinom (ICD-C18.X), bei denen eine Kolonresektion zur Entfernung des Primärtumors erfolgte und die 30 Tage nach der Kolonresektion (a) verstorben sind, (b) sich noch in stationärer Behandlung befinden oder in eine andere Akutklinik transferiert wurden</p>	Ja S. 22	Nein. Vgl. KeZa 29 (MTL-22) im Kennzahlenbogen Darm

Indikator	Ergebnisse vorhanden?	Starke Empfehlung der S3-LL
<p><i>Hardt et al. 2018 [14]</i></p> <p>Colon carcinoma:</p> <p>QI 3: Anastomoseninsuffizienz (mit Reinterventionsbedarf)</p> <p><u>Zähler:</u> Alle Patienten mit einem Kolonkarzinom (ICD-C18.X), bei denen eine elektive Kolonresektion zur Entfernung des Primärtumors mit Anastomosenanlage erfolgte</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Patienten mit einem Kolonkarzinom (ICD-C18.X), bei denen eine Kolonresektion zur Entfernung des Primärtumors mit Anastomosenanlage erfolgte und die während des stationären Aufenthalts eine Anastomoseninsuffizienz aufweisen, die einer Reintervention bedarf (Grad B oder C nach Rahbari et al)</p>	<p>Ja S. 22</p>	<p>Nein, vgl. KeZa 17 (Anastomoseninsuffizienzen Kolon) DZ</p>
<p><i>Hardt et al. 2018 [14]</i></p> <p>Colon carcinoma:</p> <p>QI 4: Wundinfekt (mit Notwendigkeit der Wundöffnung)</p> <p><u>Zähler:</u> Alle Patienten mit einem Kolonkarzinom (ICD-C18.X), bei denen zur Entfernung des Primärtumors eine Kolonresektion erfolgte</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Patienten mit einem Kolonkarzinom (ICD-C18.X), bei denen eine Kolonresektion zur Entfernung des Primärtumors erfolgte und bei denen sich innerhalb eines postoperativen 30-Tage-Zeitraumes eine Infektion im Bereich der Operationswunde(n) (Haut/ Unterhautfettgewebe [„superficial SSI“] oder tiefer gelegene Fasziens- und Muskelschichten der Bauchdecke [„deep SSI“]) ausgebildet hat, die eine Wiedereröffnung der Wunde erforderlich macht</p>	<p>Ja S. 22</p>	<p>Nein, vgl. KeZa 15 (Revisions-OP Kolon) DZ</p>
<p><i>Higashi et al. 2013 [15]</i></p> <p>Gastric cancer:</p> <p>QI 7:</p> <p><u>Denominator:</u> Gastric cancer patients undergoing elective surgery</p> <p><u>Numerator:</u> The medical records documented the explanation of the risks of the surgery, including the possible complications, their rates of occurrence and surgical mortality rate, to the patients (or to a</p>	<p>Ja S. 421</p>	<p>Nein</p>

Indikator	Ergebnisse vorhanden?	Starke Empfehlung der S3-LL
proxy when explaining to the patient was impossible)		
<p><i>Higashi et al. 2013 [15]</i></p> <p><u>Gastric cancer:</u></p> <p>QI 8: <u>Denominator:</u> Gastric cancer patients undergoing surgery</p> <p><u>Numerator:</u> The medical records documented the explanation of the efficacy of the surgery (cure rate or 5-year survival rate) to patients (or to a proxy when explaining to the patient was impossible)</p>	Ja S. 421	Nein
<p><i>Higashi et al. 2013 [15]</i></p> <p><u>Gastric cancer:</u></p> <p>QI 9: <u>Denominator:</u> Gastric cancer patients undergoing standard surgery (except patients found to have thrombosis)</p> <p><u>Numerator:</u> Prevention of deep-vein thrombosis was performed by any of the following: - Low-molecular-weight heparin - Intermittent pneumatic compression (IPC) - Elastic stockings</p>	Ja S. 421	Nein
<p><i>Kiehlmann et al. 2016 [16]</i></p> <p><u>Rectal carcinoma:</u></p> <p>QI 1: Plane of mesorectal excision Mesorectal plane Intramesorectal plane Muscularis propria plane Missing</p>	Ja S. 249	Nein, vgl. KeZa 25 (Qualität TME-Rektumpräparat) DZ
<p><i>Kiehlmann et al. 2016 [16]</i></p> <p><u>Rectal carcinoma:</u></p> <p>QI 2: Pathological circumferential resection margin Negative (>1 mm) Positive (≤1 mm) Missing</p>	Ja S. 249	Nein, vgl. KeZa 26 (Befundbericht Patho u.a. mit Abstand Resektionsränder (beim Rektumkarzinom auch circumferentiell)) DZ

Indikator	Ergebnisse vorhanden?	Starke Empfehlung der S3-LL
<p><i>Kiehlmann et al. 2016 [16]</i></p> <p><u>Rectal carcinoma:</u></p> <p>QI 3: Local tumour cell dissemination</p> <p>No</p> <p>Yes</p>	Ja S. 249	Nein
<p><i>Kiehlmann et al. 2016 [16]</i></p> <p><u>Rectal carcinoma:</u></p> <p>QI 4: Anastomotic leak</p> <p>No</p> <p>Yes</p> <p>No anastomosis</p>	Ja S. 249	Nein, vgl. KeZa 18 (Anastomoseninsuffizienz Rektum) DZ
<p><i>Kjaer et al. 2013 [17]</i></p> <p><u>Oesophageal cancer:</u></p> <p>QI 1: Anastomotic leakage</p>	Ja S. 1341	Nein, vgl. KeZa 16 (AI) MS
<p><i>Kjaer et al. 2013 [17]</i></p> <p><u>Oesophageal cancer:</u></p> <p>QI 2: 30-day mortality</p>	Ja S. 1341	Nein, vgl. KeZa 17 (Mortalität postoperativ) MS
<p><i>Kjaer et al. 2013 [17]</i></p> <p><u>Oesophageal cancer:</u></p> <p>QI 3: 90-day mortality</p>	Ja S. 1341	Nein, vgl. KeZa 17 (Mortalität postoperativ) MS
<p><i>Kjaer et al. 2013 [17]</i></p> <p><u>Oesophageal cancer:</u></p> <p>QI 4: 2-year survival</p>	Ja S. 1341	Nein, vgl. KeZa 17 (Mortalität postoperativ) MS
<p><i>Kjaer et al. 2013 [17]</i></p> <p><u>Oesophageal cancer:</u></p> <p>QI 5: 5-year survival</p>	Ja S. 1341	Nein, vgl. KeZa 17 (Mortalität postoperativ) MS
<p><i>Mackay et al. 2020 [18]</i></p> <p><u>Pancreatic cancer:</u></p> <p>QI 1: Preoperative biliary drainage, N (%) Bilirubin >250 mmol/L</p>	Ja S. 4	Nein
<p><i>Maharaj et al. 2019 [19]</i></p> <p><u>Pancreatic cancer:</u></p> <p>QI 2.4.2: Number of patients undergoing pancreatic cancer surgery in a level hospital 1-4</p>	Ja S. 450	Nein

Indikator	Ergebnisse vorhanden?	Starke Empfehlung der S3-LL
<i>Matthes et al. 2020 [20]</i> Colorectal cancer: QI 1: MTL30	Ja S. 7/8	Nein, vgl. KeZa 29 (MTL-22) DZ
<i>Sabater et al. 2014 [21], Sabater et al. 2018 [22]</i> Pancreatic cancer: QI 1: Resectability rate	Ja siehe QI Pankreas	Nein, vgl. KeZa 8 (operative Primärfälle) und KeZa 13 (RO-Rate) MP
<i>Sabater et al. 2014 [21], Sabater et al. 2018 [22]</i> Pancreatic cancer: QI 2: Morbidity	Ja	Nein, vgl. KeZa 11 (postoperative Wundinfektionen) MP
<i>Sabater et al. 2014 [21], Sabater et al. 2018 [22]</i> Pancreatic cancer: QI 3: Mortality	Ja	Nein, vgl. KeZa 12 (postoperative Mortalität) MP
<i>Sabater et al. 2014 [21], Sabater et al. 2018 [22]</i> Pancreatic cancer: QI 4: Pancreatic fistula	Ja	Nein
<i>Sabater et al. 2014 [21], Sabater et al. 2018 [22]</i> Pancreatic cancer: QI 5: Biliary fistula rate	Ja	Nein
<i>Sabater et al. 2014 [21], Sabater et al. 2018 [22]</i> Pancreatic cancer: QI 6: Survival	Ja	Nein, vgl. KeZa 12 (postoperative Mortalität) MP
<i>Sabater et al. 2014 [21], Sabater et al. 2018 [22]</i> Pancreatic cancer: QI 7: Reoperation rate	Ja	Nein, vgl. KeZa 10 (Revisions-OP) MP
<i>Sabater et al. 2014 [21], Sabater et al. 2018 [22]</i> Pancreatic cancer: QI 8: Mean hospital stay	Ja	Nein
<i>Sancho-Muriel et al. 2017 [23]</i> Colon cancer: QI 1: Anastomotic leak	Ja S. 33	Nein, vgl. KeZa 17 (AI Kolon) DZ

Indikator	Ergebnisse vorhanden?	Starke Empfehlung der S3-LL
<p><i>Sancho-Muriel et al. 2017 [23]</i></p> <p>Colon cancer:</p> <p>QI 2: Mortality</p>	Ja S. 33	Nein, vgl. KeZa 19 (postoperative Mortalität) DZ
<p><i>Sancho-Muriel et al. 2017 [23]</i></p> <p>Colon cancer:</p> <p>QI 3: Length of stay</p>	Ja S. 33	Nein
<p><i>Sally et al. 2015 [24]</i></p> <p>Pancreatic cancer:</p> <p>QI 1: Preoperative biliary drainage</p> <ul style="list-style-type: none"> - Any - ERCP - PTC 	Ja S.868	Nein
<p><i>Sally et al. 2015 [24]</i></p> <p>Pancreatic cancer:</p> <p>QI 2: VTE Prophylaxis</p> <p>Preoperative</p> <ul style="list-style-type: none"> - Any chemoprophylaxis - SCDs - Both Chemo+SCDs - Either Chemo or SCDs <p>Postoperative</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chemoprophylaxis - SCDs - Both Chemo+SCDs - Either Chemo or SCDs 	Ja S.868	Nein
<p><i>Sally et al. 2015 [24]</i></p> <p>Pancreatic cancer:</p> <p>QI 3: Perioperative antibiotics</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antibiotics <1 hr of incision - Antibiotics >24 hr Postop 	Ja S.868	Ja, vgl. Empfehlung 5.5, bezogen auf sämtliche gastrointestinale Tumoren
<p><i>Sally et al. 2015 [24]</i></p> <p>Pancreatic cancer:</p> <p>QI 4: Perioperative beta blockade</p> <p>On BB prior to admission Maintained during admission</p>	Ja S.868	Ja, vgl. Empfehlung 4.1, bezogen auf sämtliche gastrointestinale Tumoren

Indikator	Ergebnisse vorhanden?	Starke Empfehlung der S3-LL
<i>Scallly et al. 2015 [24]</i> <u>Pancreatic cancer:</u> QI 5: Perioperative glucose control - 1st recorded postop glucose (mean, SD)	Ja S.868	Nein
<i>Scallly et al. 2015 [24]</i> <u>Pancreatic cancer:</u> QI 6: Postoperative normothermia - 1st recorded postop temp (mean, SD)	Ja S.868	Nein
<i>Solomon et al. 2019 [25]</i> <u>Pancreatic cancer:</u> QI 1: Perioperative mortality	Ja S.741	Nein, vgl. KeZa 12 (postoperative Mortalität) MP
<i>Walters et al. 2014 [26]</i> <u>Esophagectomy for cancer.:</u> QI 1: Postoperative Mortality - In-hospital - 30-day - Perioperative - 90-day	Ja S. 509	Nein, vgl. KeZa 12 (postoperative Mortalität) MP

9.3.2. Internationale Qualitätsindikatoren / Webseitensuche

Recherchedatum: 04.01.2023

Treffer: 2 Webseiten (8 QIs mit Ergebnissen)

9.3.2.1. National Health Service Scotland (NHS Scotland)

[27], [28], [29]

Indikator	Ergebnisse vorhanden?	Starke Empfehlung der S3-LL
HepatoPancreatoBiliary Cancer / NHS Scotland [27]		
<p>QPI 5: 30 and 90 Day Mortality After Curative or Palliative Treatment</p> <p><u>Numerator:</u> Number of patients with HCC undergoing disease specific treatment (liver transplant, resection, ablation, or TACE) that die within 30 days of definitive treatment.</p> <p><u>Denominator:</u> All patients with HCC undergoing disease specific treatment (liver transplant, resection, ablation, or TACE).</p> <p><u>Numerator:</u> Number of patients with HCC undergoing disease specific treatment with curative intent (liver transplant, resection, or ablation) that die within 90 days of definitive treatment.</p> <p><u>Denominator:</u> All patients with HCC undergoing disease specific treatment with curative intent (liver transplant, resection, or ablation).</p>	Ja	Nein, vgl. KeZa 14 (30d-Mortalität) ML
<p>QPI 11: 30 and 90 Day Mortality Following Surgical Resection for Pancreatic, Duodenal or Biliary Tract Cancer</p> <p><u>Numerator:</u> Number of patients with pancreatic, duodenal or distal biliary tract cancer who undergo surgical resection that die within 30/90 days of treatment.</p> <p><u>Denominator:</u> All patients with pancreatic, duodenal or distal biliary tract cancer who undergo surgical resection.</p>	Ja	Nein, vgl. KeZa 12 (postoperative Mortalität) MP
<p>QPI 17: 30 and 90 Day Mortality following Treatment for Colorectal Liver Metastases</p> <p><u>Numerator:</u> All patients with CRLM undergoing curative treatment (resection / ablation) who die within 30/90 days of treatment.</p>	Ja	Nein, vgl. KeZa 14 (30d-Mortalität) ML

Indikator	Ergebnisse vorhanden?	Starke Empfehlung der S3-LL
<p><u>Denominator:</u> All patients with CRLM undergoing curative treatment (resection / ablation).</p>		
Colorectal Cancer / NHS Scotland [28]		
<p>QPI 9: Anastomotic Dehiscence</p> <p><u>Numerator:</u> Number of patients with colorectal cancer who undergo a surgical procedure involving anastomosis of the colon having anastomotic leak requiring any intervention (medical, endoscopic, radiological or surgical).</p> <p><u>Denominator:</u> All patients with colorectal cancer who undergo a surgical procedure involving anastomosis of the colon.</p> <p><u>Numerator:</u> Number of patients with colorectal cancer who undergo a surgical procedure involving anastomosis of the rectum (including: anterior resection with TME) having anastomotic leak requiring any intervention (medical, endoscopic, radiological or surgical).</p> <p><u>Denominator:</u> All patients with colorectal cancer who undergo a surgical procedure involving anastomosis of the rectum (including: anterior resection with TME).</p>	Ja	Nein, vgl. KeZa 17 (AI Kolon) und 18 (AI Rektum) DZ
Upper GI Cancer / NHS Scotland [29]		
<p>QPI 5: Nutritional Assessment</p> <p><u>Numerator:</u> Number of patients with oesophageal or gastric cancer who undergo nutritional screening with the MUST before first treatment.</p> <p><u>Denominator:</u> All patients with oesophageal or gastric cancer.</p> <p><u>Numerator:</u> Number of patients with oesophageal or gastric cancer at high risk of malnutrition (MUST score of 2 or more) who are assessed by a dietitian.</p> <p><u>Denominator:</u> All patients with oesophageal or gastric cancer at high risk of malnutrition (MUST score of 2 or more).</p>	Ja	Nein
<p>QPI 7: 30/90 Day Mortality Following Surgery</p> <p><u>Numerator:</u> Number of patients with oesophageal or gastric cancer who undergo surgical resection who die within 30/90 days of treatment.</p> <p><u>Denominator:</u> All patients with oesophageal or gastric cancer who undergo surgical resection.</p>	Ja	Nein, vgl. KeZa 17 (Mortalität postoperativ) MS bzw. KeZa 15 (Mortalität postoperativ) MM

9.3.2.2. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) [30]

Indikator	Ergebnisse vorhanden?	Starke Empfehlung der S3-LL
Upper gastrointestinal cancer / KCE [30]		
<p><u>Gastric cancer:</u> GC6: Gastric resection mortality rate within 30 days</p> <p><u>Numerator:</u> All patients with gastric cancer beyond the mucosa treated with gastrectomy in a given year dying within 30 days after surgery.</p> <p><u>Denominator:</u> All patients with gastric cancer beyond the mucosa treated with gastrectomy in a given year.</p>	Ja S. 237	Nein, vgl. KeZa 15 (Mortalität postoperativ) MM
<p><u>Oesophageal cancer:</u> OC6: Oesophageal resection mortality rate within 30 days</p> <p><u>Numerator:</u> All patients with oesophageal cancer treated with oesophagectomy in a given year dying within 30 days.</p> <p><u>Denominator:</u> All patients with oesophageal cancer treated with oesophagectomy in a given year.</p>	Ja S. 151	Nein, vgl. KeZa 17 (Mortalität postoperativ) MS

10. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schema zur Darstellung der Kriteriengestützten Entscheidungsprozesse bei der Wahl des Empfehlungsgrades.	14
--	----

11. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einschlusskriterien für die Leitlinienadaption im PICOS-Format	9
Tabelle 2: Grade des Vertrauens in die Evidenz gemäß GRADE.....	12
Tabelle 3: verwendete Empfehlungsgrade	12
Tabelle 4: Festlegungen hinsichtlich der Konsensstärke	15
Tabelle 5: Gründe für einen Ausschluss der Empfehlung aus der Liste der potentiellen Qualitätsindikatoren	17
Tabelle 6: Bewertungsinstrument des Leitlinienprogramms Onkologie.....	18
Tabelle 7: Protokoll der Konsultation	20
Tabelle 8: Ergebnisse der Interessenkonflikterklärungen	26

12. Literaturverzeichnis

1. Shea, B.J., et al., *AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both*. *Bmj*, 2017. **358**: p. j4008.
2. Sterne, J.A.C., et al., *RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials*. *Bmj*, 2019. **366**: p. 14898.
3. Higgins, J.P., et al., *The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials*. *Bmj*, 2011. **343**: p. d5928.
4. Conrad, S., et al., *GRADE: Von der Evidenz zur Empfehlung oder Entscheidung - ein systematischer und transparenter Ansatz, um gut informierte Entscheidungen im Gesundheitswesen zu treffen. 2: Klinische Praxisleitlinien*. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 2019. **140**: p. 63-73.
5. Schünemann H, B.J., Guyatt G, Oxman A, editors. *GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group*. 2013 [cited 2023 27.06.]; Available from: <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>.
6. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Ständige Kommission, L. *AWMF-Regelwerk "Leitlinien"*. 1. Auflage 2012 [cited 09.12.2013; Available from: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/awmf-regelwerk.html>.
7. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, D.K., AWMF). *Entwicklung von leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren. Methodenpapier für das Leitlinienprogramm Onkologie, Version 2.1*. 2017; Available from: <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/methodik/informationen-zur-methodik/>.
8. Bao, H., et al., *Evaluating the effect of clinical care pathways on quality of cancer care: analysis of breast, colon and rectal cancer pathways*. *J Cancer Res Clin Oncol*, 2016. **142**(5): p. 1079-89.
9. Bellver Oliver, M., et al., *Outcome quality standards for surgery of colorectal liver metastasis*. *Langenbecks Arch Surg*, 2020. **405**(6): p. 745-756.
10. de la Portilla, F., et al., *Analysis of Quality Indicators for Colorectal Cancer Surgery in Units Accredited by the Spanish Association of Coloproctology*. *Cir Esp (Engl Ed)*, 2018. **96**(4): p. 226-233.
11. Eid, Y., et al., *Has adherence to treatment guidelines for mid/low rectal cancer affected the management of patients? A monocentric study of 604 consecutive patients*. *J Visc Surg*, 2019. **156**(4): p. 281-290.
12. Gockel, I., et al., *Quality Management and Key Performance Indicators in Oncologic Esophageal Surgery*. *Dig Dis Sci*, 2015. **60**(12): p. 3536-44.
13. Gooiker, G.A., et al., *Evaluating the validity of quality indicators for colorectal cancer care*. *J Surg Oncol*, 2013. **108**(7): p. 465-71.
14. Hardt, J., et al., *[Quality indicators for colon cancer surgery : Evidence-based development of a set of indicators for the outcome quality]*. *Chirurg*, 2018. **89**(1): p. 17-25.
15. Higashi, T., et al., *Quality of gastric cancer care in designated cancer care hospitals in Japan*. *Int J Qual Health Care*, 2013. **25**(4): p. 418-28.
16. Kiehlmann, M., et al., *The impact of surgical quality on prognosis in patients undergoing rectal carcinoma surgery after preoperative chemoradiation*. *Int J Colorectal Dis*, 2016. **31**(2): p. 247-55.
17. Kjaer, D.W., et al., *Changes in treatment and outcome of oesophageal cancer in Denmark between 2004 and 2013*. *Br J Surg*, 2017. **104**(10): p. 1338-1345.
18. Mackay, T.M., et al., *Nationwide compliance with a multidisciplinary guideline on pancreatic cancer during 6-year follow-up*. *Pancreatology*, 2020. **20**(8): p. 1723-1731.
19. Maharaj, A.D., et al., *Monitoring quality of care for patients with pancreatic cancer: a modified Delphi consensus*. *HPB (Oxford)*, 2019. **21**(4): p. 444-455.
20. Matthes, N., et al., *Validation of MTL30 as a quality indicator for colorectal surgery*. *PLoS One*, 2020. **15**(8): p. e0238473.
21. Sabater, L., et al., *Outcome quality standards in pancreatic oncologic surgery*. *Ann Surg Oncol*, 2014. **21**(4): p. 1138-46.
22. Sabater, L., et al., *Outcome quality standards in pancreatic oncologic surgery in Spain*. *Cir Esp (Engl Ed)*, 2018. **96**(6): p. 342-351.
23. Sancho-Muriel, J., et al., *Standard outcome indicators after colon cancer resection. Creation of a nomogram for autoevaluation*. *Cir Esp*, 2017. **95**(1): p. 30-37.
24. Scally, C.P., et al., *Comparing perioperative processes of care in high and low mortality centers performing pancreatic surgery*. *J Surg Oncol*, 2015. **112**(8): p. 866-71.

25. Solomon, D., et al., *Assessing the Implementation of American College of Surgeons Quality Indicators for Pancreatic Cancer Across an Integrated Health System*. J Oncol Pract, 2019. 15(8): p. e739-e745.
26. Walters, D.M., et al., *Understanding mortality as a quality indicator after esophagectomy*. Ann Thorac Surg, 2014. 98(2): p. 506-11; discussion 511-2.
27. National Healthcare Service Scotland (NHSS), Scottish Cancer Taskforce, and National Cancer Quality Steering Group. *HepatoPancreatoBiliary Cancer. Clinical Quality Performance Indicators. May 2020 (v4.0)*. 2020 Mai 2010 09.01.2023]; Available from: http://www.healthcareimprovementscotland.org/our_work/cancer_care_improvement/cancer_qpis/quality_performance_indicators.aspx.
28. National Healthcare Service Scotland (NHSS), Scottish Cancer Taskforce, and National Cancer Quality Steering Group. *Colorectal Cancer. Clinical Quality Performance Indicators. July 2021 (v4.0)*. 2021 Juli 2021 09.01.2023]; Available from: http://www.healthcareimprovementscotland.org/our_work/cancer_care_improvement/cancer_qpis/quality_performance_indicators.aspx.
29. National Healthcare Service Scotland (NHSS), Scottish Cancer Taskforce, and National Cancer Quality Steering Group. *Upper GI Cancer. Clinical Quality Performance Indicators. September 2020 (v4.0)*. 2021 September 2020 09.01.2023]; Available from: http://www.healthcareimprovementscotland.org/our_work/cancer_care_improvement/cancer_qpis/quality_performance_indicators.aspx.
30. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). *Quality indicators for the management of upper gastrointestinal cancer*. KCE REPORT 200 2013 29.04.2013 09.01.2023]; Available from: <https://kce.fgov.be/en/publications/all-reports/quality-indicators-for-the-management-of-upper-gastrointestinal-cancer>.

Versionsnummer: 1.0

Erstveröffentlichung: 11/2023

Nächste Überprüfung geplant: 11/2028

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online